

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DES
SYNOVITES TENDINEUSES DU POIGNET
D'ORIGINE TUBERCULEUSE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 23 mai 1896, à 3 heures

PAR

Paul MASSON

Né à Charmes (Vosges), le 5 mai 1869

Examineurs : { MM. GROSS, président.
WEISS, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DES
SYNOVITES TENDINEUSES DU POIGNET
D'ORIGINE TUBERCULEUSE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 25 mai 1896, à 5 heures

PAR

Paul MASSON

Né à Chârmes (Vosges), le 5 mai 1869

Examineurs : { MM. Gross, président.
Weiss, professeur.
Février, agrégé.
Froelich, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I .

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I .

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I ,
COZE , I , HERRGOTT , I , HECHT , I , BEAUNIS , I .

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM,  , I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I  , professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I  , professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I  , professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I  , professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I  , professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I  , professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I  , professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I  , professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I  , professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I  , professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A  , professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A  , professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, A  , professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A  , professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A  , professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I  , ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A  , ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A  , ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A  , ag., ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N....

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, A  .	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A  .	GUILLOZ.	LAMBERT.
FÉVRIER, A  .	FROELICH.	
ETIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN , I , ROHMER, I , VAUTRIN, A ,
REMY, A , P. PARISOT, A .

M. F. LAMBERT DES GILLEULS, , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0031

AVANT-PROPOS

L'idée du sujet de notre thèse de doctorat nous a été suggérée par la présence, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Gross, d'un malade atteint de synovite tendineuse tuberculeuse du poignet.

Nous laisserons de côté dans cette étude l'histoire de toutes les synovites aiguës des gaines tendineuses ; et même, parmi les synovites tendineuses tuberculeuses, nous ne retiendrons que celles du poignet : c'est, du reste, leur principal lieu d'élection.

Nous commencerons par l'histoire de ces synovites, et, après avoir passé en revue les différentes opinions qui ont eu cours sur leur nature, et avoir dit comment on découvrit qu'elles relevaient de la tuberculose, nous décrirons leur anatomie pathologique, telle qu'on la connaît aujourd'hui. Nous verrons l'étiologie, la fréquence, quels sujets elle atteint, sous quelles influences, sa marche, ses complications, d'où ressortiront d'eux-mêmes le diagnostic, le pronostic, et les indications thérapeutiques. Nous étudierons les différentes méthodes de traitement, leurs avantages et leurs inconvénients, le traitement général et la prophylaxie de l'affection.

Mais avant d'entreprendre cette tâche, qu'il me soit permis de remercier mes maîtres de la Faculté de médecine, pour tout l'intérêt qu'ils m'ont porté pen-

dant le cours de mes études, et principalement MM. Bernheim, Gross et Rohmer, aux services desquels j'ai été attaché en qualité d'externe ; que M. le professeur Gross reçoive tout spécialement l'expression de ma gratitude pour les bons conseils qu'il m'a quelquefois donnés et l'honneur qu'il m'a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique. — Nature. — Anatomie pathologique.

L'histoire des synovites tendineuses d'origine tuberculeuse est de date récente et ne suit que de loin celle de la tuberculose des articulations. Ce fut la présence des fongosités qui mit les chercheurs sur la trace, et leur dégénérescence en synovite fongueuse qui permit de reconnaître la nature tuberculeuse de la synovite à grains riziformes.

Synovite fongueuse. — Ce n'est qu'au commencement du siècle qu'on reconnut l'existence des gaines synoviales des tendons et, à ce moment, l'affection qui nous occupe était considérée comme un fungus analogue au *fungus articulorum* ; c'était alors le type des maladies chroniques spontanées ; cependant, ce terme entraînait, souvent aussi, l'idée de productions malignes, que justifiait d'ailleurs leur marche, aussi les synovites fongueuses furent-elles prises longtemps pour des productions de nature *cancéreuse* ou *sarcomateuse*.

Cette dernière opinion était celle de Lisfranc, Chassaignac (1844), Larrey (1856). Cependant, Ch. Robin, aidé par l'histologie, protestait déjà contre cette dénomination. Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, parle des fongosités des synoviales tendineuses, et les compare à celles des arthrites fongueuses ; Michon et Legouest, dans leur thèse d'agrè-

gation sur les *Kystes synoviaux du poignet et de la main*, en 1857, pressentent de même la nature tuberculeuse de cette forme de synovite chronique. En 1858, le professeur Verneuil inspire à Bidart l'idée de sa thèse. C'est là que commence à s'établir en réalité l'histoire de la synovite fongueuse et elle devait rester telle, jusqu'à ce que des moyens d'investigation plus précis viendraient déceler la nature du tissu des fongosités. En 1866, Cazanou fait sa thèse sur la *Tumeur blanche des synoviales tendineuses*. Ce terme caractérise nettement l'idée qui règne durant toute cette période.

Dès lors, jusqu'en 1873, on néglige l'étude des tumeurs blanches des synoviales pour s'occuper exclusivement dans cet ordre d'idées des tumeurs blanches articulaires. C'est à ce moment que Volkmann expose la théorie nouvelle de l'arthrite tuberculeuse. D'ailleurs, en matière de tuberculose, la découverte du bacille (Koch, 1882) allait fournir bientôt un criterium définitif. Mais la synovite fongueuse des gaines tendineuses, étant beaucoup plus rare, fournissant moins de cas à examiner, était, de ce chef, beaucoup moins étudiée ; et, du reste, son étroite parenté avec l'arthrite fongueuse permettait de conclure à l'identité de la nature des lésions. En 1873, Debove cite le cas d'une synovite tuberculeuse qui s'est développée secondairement à la suite d'une tumeur blanche du poignet. La même année, Lancereaux observe une synovite tuberculeuse de la paume de la main, chez une jeune femme phtisique : « La synoviale était convertie en un tissu fongueux devenu caséeux..., les dépôts jaunâtres sont formés de petites cellules

en dégénérescence graisseuse et rappelant absolument les dépôts caséux du tubercule infiltré. »

En 1881, Bouilly rapportait un cas de synovite fongueuse traitée par le grattage. Il revoit son malade 4 mois plus tard. Il était atteint de lésions tuberculeuses avancées. La lésion était manifestement tuberculeuse, sans qu'on ait eu besoin, pour en acquérir la certitude, de recourir à l'examen microscopique. La même année, le professeur Trélat observe une synovite d'un doigt où l'examen histologique, faite par Latteux, décèle, dans le tissu des fongosités, la présence d'agglomérations de follicules de Kœster. C'était la démonstration complète de la nature tuberculeuse de la lésion.

Enfin, en 1882, Terrier et Verchère reprennent l'étude de la tuberculose des synoviales tendineuses, donnent de nouvelles observations, soumises à l'examen histologique ; ils esquissent l'histoire de la synovite tendineuse tuberculeuse et montrent la large extension qu'allait prendre cette forme encore nouvelle. « Les tuberculoses articulaires et osseuses, connues depuis longtemps, ont été à nouveau étudiées. Il n'en est pas de même de la tuberculose des gaines synoviales tendineuses, dont certaines inflammations, en particulier les fongosités, ont déjà été comparées avec raison aux fongosités articulaires et paraissent naître sous l'influence d'un état diathésique comme la scrofule. Ce sont les travaux parus sur la tuberculose articulaire qui nous ont guidés et nous ont conduits à penser qu'il s'agissait de tuberculose des synoviales. L'examen histologique, pratiqué par MM. Malassez et Gilson, a confirmé complètement

notre opinion. » (*De la Synovite tendineuse tuberculeuse, et en particulier de la Synovite tuberculeuse des gaines du poignet, de la main et des doigts.* Terrier et Verchère, *Revue de chirurgie*, 1882.) La même année M. Terrier apporte, à la Société de chirurgie, 3 faits nouveaux, dont 2 ont eu la sanction histologique. Il décrit dans les synovites fongueuses 3 types cliniques, une synovite fongueuse simple, une synovite fongueuse à forme ulcéreuse, une synovite fongueuse ressemblant à la synovite aiguë suppurée. Dans ce dernier cas, après l'incision, il s'est développé dans la synoviale des fongosités. Il indique ensuite le traitement qui lui semble le meilleur et sur lequel nous reviendrons dans un autre chapitre. « Depuis, ces faits, d'abord isolés, se sont généralisés de plus en plus. Si des travaux d'ensemble ne se sont pas produits, l'observation journalière, les examens histologiques, les inoculations qui s'implantent chaque jour davantage dans la technique du diagnostic chirurgical, ont fait admettre, comme vérité démontrée, l'identité de la synovite fongueuse, telle qu'on la concevait jusqu'alors, et de la synovite tuberculeuse. On pouvait encore, il y a 6 ans, décrire dans un chapitre à part chacune des deux variétés. Aujourd'hui une autre question se pose : Y a-t-il des synovites fongueuses non tuberculeuses ? Le tissu fongueux, en effet, n'est par lui-même nullement caractéristique ; il ne le devient dans la tuberculose que par l'adjonction d'éléments spéciaux. La fongosité simple n'est qu'un tissu de bourgeons charnus. A la suite d'une plaie ou d'une synovite suppurée, une gaine ouverte peut se remplir de ces fongosités. On ne saurait dire : toutes les syno-

vites fongueuses sont tuberculeuses, (il s'agit simplement alors de bourgeons charnus comme on en peut trouver dans toutes les plaies ; aujourd'hui les mots de fongosité, tumeur fongueuse, entraînent toujours avec eux l'idée de tuberculose), pas plus qu'on n'est autorisé à affirmer que toute synovite tuberculeuse revêt le type fongueux. Nous avons vu, en effet, que la tuberculose des synoviales peut affecter une autre forme encore, celle de la synovite à grains. La synovite fongueuse ne saurait donc rester, à l'heure actuelle, une entité morbide. A titre secondaire, elle succède à certaines synovites suppurées, etc. ; et, dans sa forme primitive, typique, telle que Bidart l'avait caractérisée, elle n'est autre que la *tuberculose des gaines synoviales à type fongueux* ». (Lejars *in Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus). Les fongosités naissent à l'endroit où la synoviale se réfléchit sur le tendon ; plus tard elles gagnent toute la gaine, en commençant par le feuillet pariétal. Souvent le feuillet tendineux est intact, parce qu'il est moins vasculaire et, dans ces cas, le tendon reste naturellement indemne. Si, par suite d'une inflammation plastique antérieure, il s'est formé des adhérences, ces adhérences localisent la lésion tuberculeuse, la limitent à une portion de la gaine, arrêtent la marche extensive du processus fongueux.

La gaine elle-même oppose quelquefois pendant un temps assez long une barrière à la marche envahissante des fongosités, aidée qu'elle est le plus souvent, dans ce travail de défense, par l'épaississement, l'induration du tissu conjonctif ambiant. C'est cette lame indurée qui forme la première couche de la

synoviale malade, et qu'on a dénommée *couche lardacée*. Dans les formes extensives, par ses prolongements dans les espaces intermusculaires, elle peut favoriser l'infiltration de la tuberculose. On trouve ensuite la couche *vasculaire sous-synoviale* ou zone de prolifération. C'est d'elle que se détachent les *fongosités*.

La fongosité est la caractéristique de cette forme de synovite tuberculeuse. La couche fongueuse est rose, transparente, mamelonnée, présentant souvent des traînées jaunâtres, d'aspect purulent, qui disparaissent sous l'action de l'eau ou font corps avec son tissu. Les fongosités peuvent affecter toutes les formes possibles, villiformes, papillaires, arborescentes, lamelliformes, etc.

Le tendon est souvent intact, il conserve son aspect brillant, sa solidité, ne s'infiltré pas et continue à glisser quoiqu'avec difficulté dans son manchon fongueux. Quelquefois il se dépolit et se laisse entamer, il devient terne. Enfin il se laisse envahir par les fongosités qui le dissocient, il adhère à la gaine et perd, tout à la fois, sa résistance et sa mobilité.

Les fongosités représentent plusieurs types : *fongosités tuberculeuses proprement dites*, infiltrées de granulations tuberculeuses ; *fongosités vasculaires*, contenant à leur centre un bouquet de vaisseaux ; *fongosités hémorrhagiques*, noirâtres, dont la masse est occupée par un foyer apoplectique ; *fongosités purulentes* formées de tubercules caséifiés. — Ce qui distingue la fongosité tuberculeuse de la fongosité simple, ce sont les nodules tuberculeux dont elle est parsemée. Les deux types se rencontrent l'un à côté de l'autre dans

la masse fongueuse, mais les fongosités simples sont en minorité.

Dans la fongosité tuberculeuse les nodules occupent trois étages successifs. La membrane fongueuse comprend une *bande de végétation profonde* (tissu embryonnaire et nombreux vaisseaux); au-dessus sur les ramifications des petits troncs vasculaires se voient les premiers nodules. C'est la *zone de formation tuberculeuse*; enfin, à la surface, les nodules, plus gros et plus serrés, forment un semis granuleux entre les mailles des capillaires: *zone superficielle des grains tuberculeux*. De la forme différente des nodules, *nodule embryonnaire*, *nodule de Kæster*, *nodule de Friedlander*, dépend le type de la synovite tuberculeuse, à tendance ou caséuse ou scléreuse.

Synovite à grains riziformes. — C'est Olar Akrel, un chirurgien de Stockholm, qui a donné le premier une description des kystes synoviaux à grains riziformes; mais loin de se douter de leur nature, il en faisait des athéromes; son nom resta accolé à sa découverte et l'affection fut dénommée *ganglion crépissant d'Akrel*. Goyrand et Dupuytren furent les premiers en France à publier des faits et à rechercher la pathogénie de l'affection. Dupuytren considérait les synovites à grains riziformes comme des kystes hydatiques. C'était aussi l'opinion de Laënnec dans son mémoire sur les vers vésiculaires. « On ouvrit dans le courant de l'an XI, dit-il, à l'Hôtel-Dieu, une tumeur placée vers le poignet d'une femme de moyen âge. Il en sortit de petits corps que M. Dupuytren, chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu et chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine, me com-

munique. La forme de ces corps était très variée : les uns étaient ovalaires, d'autres allongés, les autres triangulaires. Plusieurs étaient tronqués dans une partie de leur circonférence, sans qu'il y eût cependant aucune solution de continuité en ces endroits. Tous étaient aplatis, leur longueur était de 4 à 12 millimètres. Ils étaient d'un blanc laiteux, opaques vers le milieu, demi-transparents vers les bords qui allaient en s'amincissant. Ces corps, incisés longitudinalement dans le sens de leur largeur, parurent composés de deux substances, l'une, extérieure, presque opaque, d'un blanc laiteux et absolument semblable au blanc d'œuf cuit, l'autre, intérieure, grise, plus transparente, plus molle que la précédente, un peu grumeleuse, et assez semblable à de la gélatine, à la fermeté près. Ceux de ces petits corps qui étaient les moins aplatis présentaient vers le centre une cavité assez marquée. L'inspection la plus attentive ne put me faire distinguer dans ces corps aucun organe distinct, mais leur état d'isolement et leur ressemblance de texture avec les acéphalocystes ne permettent guère de douter que ce ne soient des vers. M. Dubois, professeur à l'Ecole de médecine, m'a donné depuis une cinquantaine de corps de même espèce qu'il avait aussi retirés d'un kyste situé au poignet. » (*Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*. Chassaignac). Dupuytren fondait son opinion sur la forme à peu près constante, la structure des grains riziformes. Ils sont composés de lames superposées, distinctes, il n'est pas certain qu'ils n'aient point de cavité. S'ils n'étaient pas organisés, disait-il, comment auraient-ils pu se conserver in-

tacts pendant plusieurs jours au milieu de la suppuration ? Enfin, il croyait avoir aperçu des mouvements dans un de ces corps. Velpeau de même dénomme ces synovites *tumeurs hydatiformes*. Michon s'en occupe spécialement dans sa thèse de professorat. Cruveilhier fait faire un grand pas à leur histoire. « Bosc et Duméril, après un examen attentif et scrupuleux de corpuscules de cette nature, n'ont jamais pu voir en eux aucun mouvement évident. Leur structure leur a également paru amorphe et ils n'ont pu, même au plus fort grossissement de la loupe et du microscope, découvrir, chez eux, ni bouche, ni sucoir. De tous ces faits, M. Cruveilhier a conclu que ces corps étaient tout simplement des concrétions inorganiques, des produits de sécrétion. Suivant lui, ils ne sont point creusés d'une cavité comme les acéphalocystes, mais seulement composés de pellicules qui s'emboîtent les unes dans les autres et dont chacune représente assez bien la membrane des acéphalocystes ordinaires. Cette manière de voir, qui n'était d'abord qu'une simple présomption, devint une certitude pour M. Cruveilhier, lorsque, ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un de ces kystes, il vit plusieurs des corps en question encore adhérents à la poche synoviale par une de leurs extrémités. Autour de chacun des tendons des muscles existait une demi-gaine épaisse de même aspect que les petits corps, adhérents ou libres. » (*Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*. Chassaignac). Les faits apportés par Legouët grossissent encore les éléments de l'histoire des kystes synoviaux à grains riziformes. Virchow les rapproche de ceux des bourses séreuses

et leur donne la dénomination commune d'*hygroma proliférant*. Sa théorie régna jusqu'à la découverte de la nature tuberculeuse de la maladie. On s'accordait, en effet, à faire du kyste à grains une simple forme de synovite chronique et la discussion ne portait que sur le mode de production de ces étranges corpuscules, que l'on croyait fibrineux avec Velpeau, ou dus aux franges et aux végétations de la paroi avec Virchow.

Aujourd'hui la nature tuberculeuse de l'affection est bien reconnue, mais sa démonstration est de date toute récente. Elle s'appuie : 1° sur son existence chez des tuberculeux avérés et sa transformation en synovite du type fongueux dont la nature tuberculeuse était connue ; 2° sur la structure histologique de la paroi ; 3° sur la constatation de la présence du bacille de Koch dans cette paroi et les résultats positifs des inoculations de portions de la paroi et des grains.

En 1851, Deville signale un cas de transformation « d'une tumeur liquide avec corps étrangers en une tumeur solide du genre de celles qu'on a nommées fongueuses. » Poulet fait la même remarque en 1876. Baumgarten, Riedel, Kœnig, trouvent des tubercules miliaires dans la paroi des hygromas tendineux à grains. Terrier et Verchère, dans leur mémoire de 1882 et Beger, en 1885, signalent des faits de transformation de synovite à grains riziformes en synovite fongueuse. « Mais c'est l'important mémoire de MM. Nicaise, Poulet et Vaillard qui a surtout servi de base à la théorie nouvelle de la synovite à grains riziformes. L'examen de la paroi d'un hygroma et de deux synovites tendineuses leur permit de décrire et

de figurer tout un semis de nodules tuberculeux, ils trouvèrent le bacille de Koch dans la paroi et même dans les grains et tentèrent deux inoculations. Sur ces données, ils purent affirmer la nature tuberculeuse de la synovite à grains riziformes. Depuis, les faits n'ont cessé d'affirmer ces conclusions. » (Lejars, *in Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus.) En 1886, Terrillon présente à la Société de chirurgie de Paris un malade qui était atteint d'une synovite de la gaine du long fléchisseur du pouce *avec grains riziformes et fongosités*. L'examen histologique n'avait pu déceler la présence du bacille et jusqu'à ce jour l'inoculation n'avait rien produit. Mais en 1888, à la même Société, rappelant le fait précédent, Terrillon apprend que les lapins inoculés sont morts de tuberculose plusieurs mois après l'expérience. Il conclut : « Pour pouvoir affirmer la nature de l'affection, il faut pratiquer des inoculations. » Et la même année 1888, des inoculations sont faites en grand nombre qui sont toutes positives. Elles se continuent jusqu'à nous et sont comme le couronnement définitif de la démonstration de la nature tuberculeuse de la synovite à grains riziformes.

Wallich présente dans la séance du 17 novembre à la Société de biologie un rapport sur le résultat de l'inoculation de grains riziformes. Il a inoculé deux cobayes, l'un dans le péritoine, l'autre dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le premier succombe trois mois après, et on constate la présence de nombreux tubercules à la surface du péritoine, dans le poumon et la rate ; au microscope on trouve des bacilles de Koch. Le second, encore vivant, présente au point inoculé une large ulcération d'aspect tuberculeux.

Le 12 décembre, Reynier présente à la Société de chirurgie des pièces provenant d'un cobaye inoculé par Würtz avec des parcelles d'un grain riziforme. On y constatait des lésions de la tuberculose généralisée, très nettes sur les poumons, la rate, les intestins. Au point où on avait pratiqué l'inoculation s'était développé un abcès. Dans le pus de cet abcès Würtz trouva des bacilles de Koch.

Dans la séance suivante de la même Société (19 décembre), Lucas-Championnière rapporte qu'un de ses malades était porteur en même temps d'un kyste à grains riziformes et d'une tumeur blanche du genou. A l'analyse du kyste on ne trouva pas les bacilles, mais l'inoculation fut positive. (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*).

En 1889, Jalaguier communique de même à la Société de chirurgie qu'il a opéré un kyste du poignet, contenant des grains riziformes et des fongosités. Au microscope il a été impossible de déceler la présence du bacille de Koch dans les grains riziformes. Des inoculations faites avec des fragments des grains et de la paroi ont été toutes positives. Quelques mois après, tubercules dans les poumons et ganglions à l'aisselle. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1886, 1888, 1889.)

En 1892, Garré, dans un article sur les gaines tendineuses (*Revue des sciences médicales en France et à l'étranger*, G. Hayem), dit : « Tous les hygromas des gaines tendineuses sont d'origine tuberculeuse. On trouve toujours dans la paroi des granulations typiques. Les fongosités ne sont la plupart du temps que des tumeurs tuberculeuses conjonctives. Entre l'hy-

groma et la fongosité il existe toutes les formes de transition.

En 1894, Schuchart dans la même revue rapporte une série d'observations qui montrent que les synoviales peuvent devenir tuberculeuses à 3 degrés différents. « La synoviale peut présenter : 1° des fongosités ; 2° des nodules tuberculeux ; 3° des grains riziformes. Ces grains ne sont nullement des dépôts qui se feraient dans la synovie. Ils résultent d'une altération de la synoviale tendineuse. Le tissu conjonctif de la synoviale subit une dégénérescence fibrinoïde spéciale amenant la formation du grain riziforme. Cette altération débute dans les cellules conjonctives qui grossissent et élaborent une substance fibrineuse devenant un exudat qui se fluidifie. »

Cette seconde partie de la note de Schuchart nous amène à terminer cette partie historique de la synovite à grains riziformes par le mode de formation de ces grains et un examen rapide des parties qui la constituent.

Nous étudierons d'abord *la gaine* ; nous verrons l'état de sa surface, son épaisseur, sa consistance, sa coupe qui nous montrera les différentes couches dont elle est formée ; nous verrons également où se trouvent les tubercules.

Passant au contenu du kyste, nous en observerons successivement la partie liquide et la partie solide, les grains riziformes.

Paroi. — Le volume de la gaine est variable, sa surface souvent irrégulière ; sa surface interne est rugueuse, parsemée de grains encore pédiculisés ; en d'autres points, elle est lisse et recouverte de fausses

membranes à moitié flottantes. Son épaisseur est variable et inégale entre 1 et 8 millimètres ; dans les cas anciens la paroi peut s'indurer au point de paraître cartilagineuse. La coupe a un aspect grisâtre. Si on soumet cette coupe à l'examen histologique, on y distingue trois couches, en allant de dehors en dedans : 1° une zone fibreuse formée de faisceaux conjonctifs entrecroisés, mêlés de cellules plates et de noyaux ; les vaisseaux qui parcourent cette zone sont d'un assez gros calibre. 2° Une zone moyenne qui a la structure du tissu de granulation, noyaux embryonnaires, vaisseaux capillaires de nouvelle formation ; c'est la couche proliférante. 3° La zone interne, la plus importante des trois. Elle est formée d'une substance vitreuse, granuleuse par endroits ; c'est un exsudat fibrineux, mais non pas constitué par de la fibrine pure, son processus de formation est tout différent de celui d'un exsudat ou d'un dépôt. « Il est facile de suivre, disent Poulet et Vaillard, le processus qui aboutit à la formation de cette lame amorphe. Les éléments embryonnaires qui confluent vers le bord libre de la paroi se tuméfient, prennent une coloration diffuse d'un rouge intense et un éclat réfringent presque vitreux. D'abord isolés, distincts et pourvus encore de leur forme arrondie, ils ne tardent guère à se fusionner entre eux et à former ainsi des sortes d'îlots ou de travées en réseaux, dans lesquelles, lorsque la conglomération n'est pas encore achevée, on peut reconnaître encore quelques indices des formes cellulaires qui ont contribué à former ces masses vitreuses. Ultérieurement la fusion est complète et tous les éléments sont confondus en masses

ou en bandes homogènes, réfringentes, dans lesquelles il est impossible de distinguer les vestiges du tissu primitif. » (Lejars, in *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus). La description de Schuchart est la même et ses expériences de coloration par le procédé de Weigert le conduisent au même résultat : *matière fibrinoïde résultant de la nécrose de coagulation*. « Il s'agit là, dit Nicaise, d'un mode particulier des rapports de l'inflammation et de la tuberculose. Il n'y a pas simple prolifération des cellules ou diapédèse des globules blancs autour du tubercule. Il y a autre chose ; le tubercule s'accompagne d'une inflammation qui produit un exsudat considérable de matière fibrineuse. » Lejars, in *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus).

Les tubercules se trouvent dans les deux couches externe et moyenne. Leur nombre est variable. Ils peuvent arriver à une confluence telle qu'ils simulent une infiltration. Ils sont plus petits, plus jeunes, en moins grand nombre dans la couche moyenne que dans la couche externe. Ils naissent la plupart du temps autour des vaisseaux. Ils sont généralement complets. Certains cependant ne présentent pas de zone embryonnaire et sont en rapport direct avec le tissu fibreux ambiant. D'autres sont formés simplement d'un amas de cellules épithélioïdes ou même d'un nodule embryonnaire, que sa constitution et son origine périvasculaire suffisent à caractériser. Quelques-uns présentent des traces d'un commencement de caséification. On y trouve les bacilles de Koch, généralement dans les cellules géantes. Leur nombre est rarement considérable.

Contenu. — La quantité du liquide, séro-purulent parfois, en d'autres cas visqueux et jaunâtre, est en général peu considérable.

Il peut même manquer complètement, et la poche n'être remplie que de grains riziformes. Le tendon, souvent indemne, glisse encore parfois avec assez de facilité au milieu des grains ; dans d'autres cas il est rétracté, atrophié, quelquefois dissocié en faisceaux parallèles, simulant un paquet de cordes à violon et enserrant de petits grains miliaires.

Grains riziformes. — Leur nombre est variable, quelquefois énorme (400). Leur grosseur varie de la tête d'épingle au haricot. Leur forme aussi n'est pas toujours la même, ils sont aplatis, ovoïdes, triangulaires, effilés à un de leurs angles, en forme de pédicule ; il y en a qui ressemblent à des pépins de poires, d'autres sont réniformes. Certains adhèrent encore à la paroi interne du kyste. Ils sont d'un blanc laiteux, leur surface est en général polie et régulière. Il n'en est pas de même de leur coupe et d'après les différents aspects qu'elle présente on en décrit plusieurs types.

Plusieurs fois Nicaise, Poulet et Vaillard, avaient constaté, dans l'épaisseur des grains riziformes, la présence de figures qui rappelaient, par le mode de groupement des éléments cellulaires, les follicules tuberculeux de la paroi. Ils avaient constaté la présence des bacilles de Koch dans les grains. Leur présence dans les grains eux-mêmes semble fort rare et cependant il est remarquable, nous l'avons vu déjà au cours de cette étude, que les inoculations pratiquées

avec des fragments de grains n'en sont pas moins positives.

Leur mode de formation a été fort débattu.

« On peut ranger sous trois chefs les théories successives qui se sont produites :

1° Les grains sont dus à la coagulation de la lymphe plastique (Brodie), ou de la fibrine exsudée à la surface interne de la gaine ou résultant d'un épanchement sanguin (Velpeau). Mais il est démontré qu'il ne s'agit pas en réalité, dans le kyste hordéiforme, de fibrine vraie, telle que celle du sang.

2° Ils procèdent de bourgeonnements de la paroi ; la découverte des franges synoviales (Hyrthl, Schreger), la pédiculisation fréquemment constatée des grains, la texture organisée d'un certain nombre d'entre eux, devaient faire naître cette interprétation, qui fut soutenue par Cruveilhier, Michon, Virchow et partagea longtemps, avec la théorie précédente, l'opinion générale.

3° Une autre explication est fondée sur l'identité de composition des grains et de cette lame fibrinoïde qui revêt, à sa face interne, la synoviale malade ; elle a été exposée par Nicaise, Poulet et Vaillard. Sous l'influence du frottement du tendon dans sa gaine, la bande nécrosée se fragmente, se décolle en lambeaux qui se replient, s'enroulent, se détachent en petites masses, les grains riziformes. Ne sont-ils pas eux-mêmes souvent aréolaires, sillonnés de fentes comme une mince bandelette pliée et roulée sur elle-même ? Et le brassage continu, auquel ils restent soumis dans la cavité de la gaine, achève de les condenser et de les arrondir.

Ce mode pathogénique semble être démontré. Est-il le seul ? Les franges synoviales ne peuvent-elles s'hypertrophier, se rompre à leur insertion et former ainsi de petits corps étrangers ? La structure si régulière qui a parfois été constatée, le revêtement épithélial, le réseau vasculaire (Reverdin et Mayor) ne permettent pas d'en douter (Chandelux) ; mais ce n'est là qu'un processus d'exception lié peut-être à certaines formes rares de synovite chronique qui se rapprochent du type de l'arthrite sèche. La synovite à grains riziformes, typique, est d'essence tuberculeuse. C'est une des formes de la tuberculose des gaines synoviales, caractérisée par un stroma fibreux et la dégénérescence fibrinoïde ou nécrose de coagulation : la présence des grains est une conséquence nécessaire de ses lésions spéciales, dans une gaine mobile. » (Léjars, *in Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus.)

CHAPITRE II

**Étiologie. — Lieux d'élection. — Marche. —
Terminaison. — Complications.**

Il faut reconnaître à la tuberculose des synoviales tendineuses des causes locales et des causes générales. Et parmi les causes locales, qui, depuis la découverte du bacille de Koch, ne sont plus aujourd'hui considérées que comme causes occasionnelles créant un *locus minoris resistentiæ*, vient en premier lieu le *traumatisme*. Des faits nombreux prouvent, en effet, que la tuberculose peut se développer sous l'influence du traumatisme, chez des sujets prédisposés, le plus souvent dans la zone atteinte.

Les irritations répétées, professionnelles, qui résultent du jeu excessif de certains tendons, semblent aussi, comme le traumatisme, douées d'une réelle influence: « La synovite chronique à grains riziformes est produite, le plus souvent, par un travail exagéré des gaines qu'elle frappe » (Ed. Schwartz, *in Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Jaccoud). Le froid aussi avait sa place marquée dans cette étiologie, mais son action, ici encore, est au moins fort mal définie. L'influence du traumatisme, de l'entorse, de l'effort répété, est beaucoup plus certaine et détermine même le siège d'élection des synovites. Elles frappent surtout, en effet, les sujets qui se livrent à un travail pénible et chez ceux-ci les gaines tendineuses des muscles qui fonctionnent le

plus. C'est pourquoi on la rencontre le plus fréquemment au poignet, localisée à la face dorsale ou à la face palmaire, suivant la profession du malade, charretier, terrassier, menuisier, forgeron ; ainsi elle atteint de préférence les extenseurs chez les pianistes, les fléchisseurs chez les tailleurs, etc. Un autre siège d'élection est la gaine des péroniers.

A ce sujet, de synovite tendineuse tuberculeuse, se posent, comme dans chaque cas où la tuberculose est en jeu, les questions d'hérédité et de contagion de la maladie, et ceci nous amène à considérer les causes générales de l'affection. Parmi ces causes générales nous trouvons toute la série des causes secondes invoquées avec plus ou moins de justesse, l'influence des maladies générales aiguës, des fièvres éruptives, variole, scarlatine, rougeole surtout. Mais nous trouvons aussi des influences de milieu, d'air, de lumière, véritablement importantes et toujours à considérer quand il s'agit de localisation tuberculeuse. Il n'est pas de maladie, en effet, qui fasse plus de ravages que la tuberculose ; dans une ville, les quartiers les mieux aérés, les plus lumineux, sont toujours les plus épargnés. Ici, comme en matière de tuberculose pulmonaire, les professions les plus frappées sont celles où les ouvriers travaillent nombreux dans un air confiné. L'air confiné, en effet, prédispose aux tuberculoses, aussi bien à celle des synoviales tendineuses qu'à celle du poumon. Car nous l'avons vu, et c'est aujourd'hui un fait bien démontré et bien établi que ces synovites, fongueuse ou à grains riziformes, sont produites par la présence du bacille de Koch. La cause véritable, la voilà, la maladie tuberculeuse,

locale ou générale, est le résultat d'une infection, d'une inoculation par ce bacille ; il est vrai que la porte d'entrée peut en rester inconnue, mais les autres causes ne sont que des influences adjuvantes, qui favorisent son développement.

Mais le bacille peut commencer son œuvre par la synoviale, pour de là envahir, si l'on n'y met ordre, l'organisme en entier. Ou, ayant pénétré d'abord par une autre voie, il peut venir, en dernier lieu, se localiser là. La synovite tendineuse tuberculeuse peut se développer chez des sujets tuberculeux ou chez des sujets indemnes de tuberculose pulmonaire et, chez ces derniers, certains peuvent présenter antérieurement ou postérieurement d'autres tuberculoses locales. « *Secondaire*, en effet, elle succède à l'extension d'une tumeur blanche voisine ou d'un foyer d'ostéite tuberculeuse, ou encore, plus rarement, d'un abcès froid d'une gomme tuberculeuse sous-cutanée. On la voit se greffer sur une synovite sèche ou blennorrhagique, sur une synovite suppurée, qui s'est ulcérée et n'a pas guéri ; il s'agit alors d'une infection secondaire et les fongosités, d'abord simples, s'infiltrant de nodules tuberculeux. *Primitive*, elle se développe quelquefois à une période avancée de la tuberculose générale, mais cette éventualité est la plus rare. Plus souvent elle naît sur un terrain en apparence indemne et longtemps elle reste tuberculose locale. C'est alors dans l'hérédité ou les antécédents qu'il faut chercher l'empreinte de la scrofulotuberculose ; le malade lui-même en porte assez souvent les stigmates (écrouelles, etc.), ou encore le milieu où il vit est de ceux qui favorisent l'infection

bacillaire. La synovite tendineuse tuberculeuse se rencontre surtout de 18 à 25 ans, sans qu'il y ait là de terme nécessaire, puisqu'on l'a constatée à 60 et 65 ans (Terrier et Verchère). Les femmes semblent être presque aussi fréquemment atteintes que les hommes. » (Lejars, *in Traité de chirurgie*. Duplay et Reclus.)

Symptômes. — La tuberculose des synoviales tendineuses, dans ses deux formes, offre bien des caractères communs, puisque, ayant débuté par un kyste à grains riziformes, elle peut se transformer en une synovite fongueuse, et qu'on trouve de nombreuses observations dans lesquelles on remarque la présence simultanée des grains riziformes et des fongosités. Cependant, les symptômes qui découlent de la présence ou de l'absence des grains nous forcent à diviser l'étude des symptômes des deux variétés de synovites.

Synovite à grains riziformes. — Le début de la synovite à grains riziformes est le plus souvent très obscur. Une sensation de pesanteur, une gêne des mouvements, quelques douleurs sourdes, un gonflement, d'abord peu accusé, mais qui persiste et s'accroît lentement ; tels en sont les premiers signes, et quelquefois les seuls, durant une longue période. Sous des influences analogues à celles qui en ont marqué l'apparition (traumatisme, efforts répétés), il n'est pas rare de noter, au cours de l'évolution de la maladie, des augmentations de volume brusques coïncidant avec ces accidents locaux.

Une fois bien développée, la synovite tendineuse du poignet présente une forme bien caractéristique :

c'est la *tumeur en bissac*, et le relief qui se développe le premier occupe tantôt la paume de la main, tantôt l'avant-bras, tantôt le dos de la main, tantôt la partie inférieure et postérieure de l'avant-bras.

Il faut noter, cependant, l'influence des inflammations plastiques précédentes des gaines tendineuses, ces inflammations plastiques produisant des adhérences, qui nécessairement modifient la forme caractéristique que nous venons de décrire.

La tumeur est souvent fluctuante et présente dans ce cas la fluctuation en bissac. Le doigt, appuyé sur un des lobes, refoule dans l'autre le liquide par dessous le ligament annulaire et donne, au doigt reposant sur ce deuxième lobe, la sensation de flot ; mais, dans un certain nombre de cas, la quantité des grains qu'elle renferme est si considérable, par rapport à la masse du liquide, que les doigts appliqués sur la tuméfaction ne perçoivent plus qu'une fausse fluctuation, quelquefois même, comme une induration de toute la masse.

Le signe pathognomonique de l'affection, *bruit de chaînons*, *bruit de grains*, se constate surtout à la région qui nous occupe. Si l'on vient à presser sur l'une ou l'autre des deux bosselures du bissac, on perçoit un frottement qu'on a comparé au bruit de chaînons qui s'entrechoquent ; c'est une crépitation particulière, impossible à décrire d'une façon exacte, mais qui reste dans les doigts quand on l'a sentie une fois. Ce bruit tient à la présence dans le kyste des grains riziformes. Mais encore faut-il, pour qu'il se produise, que le liquide soit en quantité suffisante et l'influence du rétrécissement que produit au poignet

le ligament annulaire. C'est pourquoi on le perçoit plus facilement en cette région. Il est produit par le frottement des grains contre l'anneau, des grains entre eux et la vibration du liquide dans la traversée du défilé.

La synovite à grains riziformes produit des déformations par suite de la rétraction des tendons. La main prend ainsi des attitudes vicieuses. Les doigts se fléchissent, les deux derniers plus que les autres et leur redressement devient douloureux et même impossible. Dans sa marche progressive le kyste peut donc produire l'impotence complète de la main. La maladie, en général, dure longtemps, plusieurs années. Dans certains cas la peau s'amincit peu à peu, sans inflammation, sans rougeur, elle s'ouvre et laisse écouler le liquide et les grains, en totalité ou en partie, ou encore c'est une influence accidentelle qui brusquement accélère son évolution torpide, l'enflamme, l'ulcère, la fait suppurer. Il se fait parfois, par ce mécanisme, un semblant de guérison ; le trajet se cicatrise, la poche se ferme, mais les grains riziformes ne tardent pas à s'y reproduire ; plus souvent la fistule persiste et on arrive à un autre mode de terminaison de la synovite à grains riziformes *sa transformation en synovite fongueuse*, que nous avons signalée déjà. Elle est loin d'être rare et nous ramène à l'étude de la seconde forme de tuberculose des synoviales avec ses symptômes et ses complications.

Synovite fongueuse. — Les caractères communs des deux formes nous forceront à des répétitions. Excepté le cas où la tuberculose envahit une gaine déjà enflammée, ici encore le début est lent et insi-

dieux. La douleur est presque nulle et c'est la gêne des mouvements qui devient toujours plus grande, qui finit par inquiéter le malade. Cette période latente est de durée variable. Pendant ce temps la lésion continue sa marche, et l'examen révèle, sur le trajet de la gaine, rappelant sa disposition, une tuméfaction, un empâtement, un gonflement vague et diffus, dont le relief s'accroît plus tard en devenant plus circonscrit. Au poignet nous retrouvons la forme en bissac, la tumeur étant bridée en son milieu par le ligament du carpe et se relevant en bosselures au poignet et à la paume.

Au pouce et au petit doigt, grâce à la disposition des gaines, ces boudins peuvent se continuer par des boudins digitaux. On trouve à la surface des boursoufflures qui tiennent à la résistance inégale de la gaine. La tumeur est mobile dans le sens latéral, mais non dans le sens longitudinal, si ce n'est dans les mouvements des doigts, le tendon entraînant légèrement la gaine. Elle est élastique, molle, donne une sensation assez semblable à celle que donnent les lipomes. On sent, par places, de la pseudo-fluctuation. Plus tard, quand la suppuration est venue, on peut trouver une fluctuation vraie. La peau est normale : d'autres fois, il y a de l'œdème et les plis sont effacés. Les douleurs spontanées sont rares, mais il y a quelquefois des troubles d'innervation qui produisent du fourmillement dans les doigts. L'exploration elle-même n'est que fort peu douloureuse et la souffrance ne survient que sous l'influence d'un traumatisme ou d'une poussée inflammatoire. On a signalé dans la synovite du poignet des douleurs propagées à l'épaule, quelquefois

l'anesthésie des doigts. Un autre fait important, c'est la déformation qui succède à l'envahissement de la gaine et à l'enclavement du tendon dans les fongosités. A la main, les doigts s'infléchissent et les tentatives de redressement total sont impuissantes ; avec la tumeur en bissac, cette demi-flexion achève d'imprimer une physionomie caractéristique à la synovite carpienne. Porte-t-elle sur les gaines dorsales, c'est la flexion qui devient gênée d'abord et même impossible.

« On croirait, dans les cas où le tendon, entamé profondément par le tissu fongueux, finit par se rompre, que la déformation dût cesser et les doigts reprendre leur attitude normale : il n'en est rien, les deux bouts du tendon rompu restent adhérents à la masse des fongosités. Si l'on cherche à rendre au doigt sa rectitude, on voit une rigole se creuser au milieu de cette masse tirillée par le segment tendineux qu'on allonge ; mais elle résiste et le mouvement ne se complète pas. Du reste, il est un procédé très utile pour reconnaître la solution de continuité du tendon, au milieu même d'une masse fongueuse, c'est l'électricité. Fara-
dise-t-on le muscle encore intact, il s'ébauche quelques mouvements que la continuité du tendon permet encore ; quand il est rompu, le bout supérieur tiraille et déprime la gaine, mais il n'agit plus. Ce sont là des expériences cliniques d'un intérêt très réel et faciles à reproduire. » (Lejars, *in Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus.) Mais voyons comment se produit cette rupture du tendon. « Les tendons sont peu vasculaires, mais encore faut-il, pour que la vie s'y entretienne, que les vaisseaux qui les alimentent ne soient ni dé-

truits, ni oblitérés. Or, quand l'inflammation, pénétrant dans les gaines synoviales, vient à s'emparer des replis nommés *tractus*, *méso-tendons*, *retinacula*, elle y provoque un travail destructif, dont la conséquence est l'oblitération ou la mortification des artères et des veines. Dès lors, une portion du tendon cesse de vivre, s'isole, se sépare des parties restées vivantes et finit par s'exfolier, devient un véritable corps étranger que la suppuration entraîne ou qu'une pression fait sortir brusquement. » (J. Aubry, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Dechambre.) Nous arrivons alors à la forme ulcérée de la tuberculose des synoviales tendineuses ; mais notons d'abord d'autres complications qui peuvent se produire auparavant, quoiqu'elles puissent apparaître également à la période de suppuration, je veux dire l'extension des fongosités, aux organes voisins, aux os, aux articulations. Les lymphatiques, vaisseaux et ganglions semblent assez rarement pris, au moins en dehors des complications inflammatoires ; pourtant on a constaté parfois l'adénopathie tuberculeuse de propagation, ou encore, le long des lymphatiques profonds du membre, ces petites collections caséifiées, caractéristiques de la lymphangite tuberculeuse.

On a noté aussi une propagation possible de la synovite du pouce à celle du petit doigt, grâce à leur accollement ; mais la complication la plus fréquente est la prise des articulations, et on le conçoit facilement si l'on remarque combien sont intimes les connexions qui existent entre les gaines synoviales et les articulations carpiennes, et entre les articulations carpiennes elles-mêmes. A la longue, ces articulations sont

envahies, et il est même difficile dans beaucoup de cas de déterminer quel est l'élément qui a été primitivement atteint. Enfin les masses musculaires du membre deviennent le siège d'une atrophie souvent très accusée, et qui ne semble pas en rapport avec une lésion aussi localisée, n'immobilisant qu'un nombre fort restreint de muscles.

L'ulcération peut survenir très tardivement. La tumeur perd sa mobilité, adhère à la peau, l'envahit, l'amincit et la soulève en une série de bosselures arrondies et violacées. « Puis les bosselures se crevasent à leur sommet, il s'écoule une quantité toujours assez minime d'un liquide séro-purulent et par l'orifice ulcéré émergent bientôt les touffes fongueuses pâles ou rougeâtres, saignant au frottement, ou encore exubérantes et œdémateuses ; ailleurs, un travail de destruction progressive les ronge et les transforme en un cratère irrégulier qui s'élargit et creuse. » (Lejars, *in Traité de chirurgie*. Duplay et Reclus.) Les fongosités, nous l'avons vu, progressent de même vers l'intérieur, et, à cette période de suppuration, rompant la digue que leur oppose la synoviale tendineuse, elles peuvent être le point de départ de fusées d'infiltration tuberculeuse, extrêmement graves, d'un pronostic toujours sérieux.

En effet, durant toute cette évolution, la santé s'altère. La fièvre survient, passagère au moment d'une complication, ou bien, sous la forme hectique ; elle annonce alors la tuberculisation pulmonaire.

Le durée est en général longue, de 1 an à 15 ans.

La synovite fongueuse peut-elle guérir spontanément, comme d'autres lésions tuberculeuses, par la

transformation fibreuse des fongosités, par la sclérose ?
« Nous avons été témoin plusieurs fois, dit Schwartz, de sa guérison par induration d'abord du tissu fongueux, puis disparition progressive, mais très lente chez des individus robustes et ne portant aucune tare constitutionnelle. » (Ed. Schwartz, *in Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Jaccoud.) On ne saurait cependant y compter et faire fonds d'une guérison aussi hypothétique. Livrée à elle-même, la synovite fongueuse, bien qu'à une échéance souvent fort lointaine, aboutit au terme inévitable des tuberculoses locales : la tuberculose viscérale et généralisée. C'est tantôt le poumon qui, plus profondément atteint, devient le siège des accidents ultimes ; tantôt l'intestin ; ou encore les méninges. Enfin, il est des cas, même en dehors de lésions viscérales graves, où la longue persistance de la suppuration, les troubles digestifs, la cachexie, et cet état septicémique qu'entretient un foyer ulcéré, suffisent à provoquer la mort.

CHAPITRE III

Diagnostic et pronostic

Le diagnostic est simple en général, et se déduit facilement des symptômes et de la marche de l'affection, que nous avons indiqués. En parler longuement serait nous répéter ; aussi n'insisterons-nous pas sur ce chapitre. Nous nous bornerons à rappeler pour mémoire le début insidieux de l'affection, la marche lente et indolore de la maladie, qui n'occasionne le plus souvent que de la gêne dans les mouvements ; la forme de la tumeur, variable suivant la gaine atteinte, la fluctuation en bissac que présente la tumeur ; le bruit de chaînon pour la synovite à grains riziformes ; la sensation élastique particulière que donne la synovite fongueuse.

A la région palmaire, la confusion a quelquefois été faite avec le lipome profond.

Le pronostic, comme on a pu le voir par la marche, les complications, les terminaisons de la maladie, est toujours grave, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

Localement, en effet, nous pouvons voir survenir, sous l'influence d'un traumatisme, par exemple, l'inflammation, la suppuration du kyste, sa transformation de synovite à grains riziformes en synovite fongueuse ; cette synovite primitive d'abord peut gagner les articulations, et en rompant l'enveloppe synoviale,

prendre une extension considérable et produire des accidents d'une gravité incontestable.

Au point de vue de l'état général, elle peut être, chez un individu encore indemne de tuberculose pulmonaire, le point de départ d'une lésion viscérale, d'une infection générale.

CHAPITRE IV

Indications thérapeutiques

Nous plaçant à ce point de vue, laisserons-nous l'affection évoluer tranquillement quand nous savons que la vie du sujet est menacée ? Non. Aussi l'intervention chirurgicale en présence de ce mal a-t-elle été recherchée de tout temps. Ce sont les différents modes de cette intervention que nous allons étudier.

Il s'agit, en somme, d'un foyer de tuberculose locale. Les indications sont, ou de le modifier et de l'anéantir, ou de le supprimer. C'est suivant cette progression même que les essais thérapeutiques ont été faits, aussi est-ce cet ordre même qui nous servira de ligne de conduite dans l'étude des traitements.

Nous verrons donc d'abord des traitements purement externes (compression, résolutifs, révulsifs, etc.), traitements modificateurs, traitements anciens, que nous ne citerons que pour mémoire, suivis d'essais chirurgicaux ayant pour but d'anéantir le foyer de tuberculose locale, mais qui ne réussirent guère, jusqu'au moment où les découvertes de Pasteur, de Lister et l'apparition du pansement ouaté de Guérin révolutionneront la thérapeutique chirurgicale.

Nous insisterons donc sur l'influence de l'antisepsie dans le traitement chirurgical des synovites tendineuses, et étudierons les traitements chirurgicaux nouveaux, incision et extirpation antiseptiques, avec tous leurs perfectionnements.

Nous ajouterons quelques mots sur les injections sclérosantes et modificatrices.

Dans cet exposé des traitements, nous ne ferons pas un chapitre spécial pour chacune des deux variétés des synovites tuberculeuses, fongueuse ou à grains riziformes. Nous indiquerons seulement, à propos de chaque traitement, à laquelle des deux synovites il s'applique le plus spécialement.

Il est évident que, pour une synovite fongueuse, une injection modificatrice doit parfois suffire. S'il y a des grains riziformes, nous n'avons au contraire, avec la seule injection modificatrice, aucune chance de résorption des grains, par conséquent de guérison durable ; l'incision tout au moins est nécessaire pour évacuer ces grains, quitte à modifier ensuite la paroi de la synoviale.

Il y a peu de temps encore cette intervention chirurgicale était bien discutée. « Dans les cas bénins l'intervention est-elle opportune et n'expose-t-elle pas le malade à des inconvénients plus grands que la maladie elle-même, c'est-à-dire à la production rapide d'accidents qui ne surviennent généralement que très lentement, après de longues années, lorsque l'affection est abandonnée à son évolution normale ? » (Faucon, *Note sur les kystes hordéiformes. Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1874).

Pareille question pouvait être faite à une époque où la chirurgie antiseptique n'était pas en vigueur comme aujourd'hui. Pour une simple piquûre, une ponction sous-cutanée indirecte, comme nous le verrons plus loin, on pouvait voir se déclarer la suppuration, le phlegmon diffus, l'infection et la mort.

Aujourd'hui l'antisepsie nous permet presque de tout oser.

« Il y a dix ans, j'en étais arrivé à refuser presque absolument l'intervention dans ces cas ; mais aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, toute crainte de complication est presque entièrement supprimée. (*Revue de chirurgie*, 1881. Note de Verneuil).

Doit-on craindre, comme M. Verneuil, que l'opérateur ne donne pour ainsi dire un coup de fouet à la maladie, et comme on en a noté des observations, produise des complications graves, et surtout la méningite tuberculeuse ? Non, car, comme l'a démontré Lannelongue, cette complication est aussi fréquente quand on n'intervient pas. Il ne s'agit que d'une simple coïncidence, de l'évolution normale d'une maladie latente.

Il y a plus ; l'opération peut même enrayer la marche de la tuberculose, si c'est là son point de départ, et empêcher une généralisation qui se serait fatalement produite.

Il faut donc intervenir. Mais la même méthode convient-elle pour tous les cas ? Il y a en effet deux sortes de synovites tuberculeuses, plus ou moins simples, ou plus ou moins compliquées, à lésions localisées, ou s'étendant plus ou moins aux organes voisins. Et quelle est la meilleure méthode ? Avant de décider, passons en revue les différents traitements, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Pour connaître les résultats qu'ils ont donnés, nous noterons quelques observations.

CHAPITRE V

Traitement de la synovite tendineuse tuberculeuse.

A. — MÉTHODES ET PROCÉDÉS ANCIENS

Nous verrons, dans ce chapitre, tous les traitements purement externes dont nous avons parlé plus haut, traitements surannés, sur lesquels nous n'insisterons pas, et les autres modes d'intervention, jusqu'à l'apparition de l'ère antiseptique.

Et d'abord les *moyens thérapeutiques généraux*, tombés aujourd'hui dans l'oubli et que l'on ne peut rappeler que pour mémoire : *bains sulfureux*, *douches*, *sel marin* intus et extra.

Parmi les moyens locaux employés autrefois contre l'affection, nous trouvons en premier lieu la *compression simple*. Elle amenait le plus souvent des douleurs tellement vives que le malade ne pouvait la supporter ; elle occasionnait en outre un gonflement de la main qui obligeait à enlever l'appareil, sans quoi on aurait vu se produire des phénomènes de gangrène ; quelquefois la douleur était telle qu'elle arrivait à produire des spasmes hystériformes, comme nous trouvons le fait noté à l'Observation I.

Velpeau recommandait la *compression aidée de pommades fondantes, résolutives*, des topiques salins, de l'alcool.

Des applications d'alcool rectifié auraient produit quatre guérisons. Mais dans ces cas nous ne trouvons aucun renseignement sur la conservation des mouve-

ments ; on ne dit pas non plus s'il ne s'est pas produit de récidives.

Si nous passons à l'étude de l'action des révulsifs, nous trouvons que la *teinture d'iode en badigeonnages* n'a jamais eu de succès ; les lotions faites avec une solution de *chlorhydrate* d'ammoniaque, employées autrefois, n'ont pas eu non plus de succès durable.

Les cautères, les moxas, ont été également employés, ils étaient douloureux, puis ils produisaient souvent à la surface du kyste des inflammations et laissaient sur la peau des cicatrices disgracieuses.

Les vésicatoires étaient recommandés par Gosselin (1870). On arrivait quelquefois par ce moyen à diminuer le volume des kystes synoviaux ; mais le traitement était long ; il fallait de nombreuses applications de grands vésicatoires ; l'inflammation qu'ils produisaient pouvait, en gagnant la poche, avoir des conséquences funestes. Et, la plupart du temps, si le malade guérissait, il était condamné à la main en griffe. Certains auteurs ont cependant par ce procédé noté des succès. « On a pu quelquefois amener la guérison, soit par résorption, soit par une transformation des corps hordéiformes. » (Faucon, *Note sur les kystes à grains hordéiformes. Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1874.) Ce traitement était irrationnel, car il ne pouvait faire disparaître les grains riziformes. Dans les cas où il a donné des succès, n'y avait-il pas eu erreur de diagnostic ? Les applications de teinture d'iode et de pointes de feu, comme les vésicatoires, produisent quelquefois une diminution relative et temporaire du kyste, mais ils ont aussi été cause d'inflammations, de perforations, d'escarres. Remarquons

toutefois que ces craintes, autrefois si fondées avant l'usage de l'antisepsie, sont aujourd'hui à peu près réduites à néant.

Nous arrivons au traitement des synovites tendineuses tuberculeuses par l'*ignipuncture profonde* proposée par Duplouy (de Rochefort), procédé qui lui-même n'est pas à l'abri de complications, et dont l'effet n'a rien de constant, applicable d'ailleurs, comme tous les procédés purement externes qui précèdent, aux deux formes de la tuberculose des synoviales tendineuses. Voici ce que nous trouvons à ce sujet dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*. — *Traitement des kystes du poignet et de la main*, 1884, par M. Duplouy, de Rochefort. « Duplouy emploie depuis plus de 10 ans contre cette affection l'*ignipuncture précédée de l'évacuation de la poche*. Depuis 2 ans il a modifié son procédé de la manière suivante : Deux incisions aux deux extrémités de la tumeur. Injection phéniquée qui pousse au dehors les grains hordéiformes. Le kyste évacué, il fait sur la tumeur 20 à 30 pointes de feu pénétrant profondément, puis applique le pansement de Lister. Chez deux malades opérés il y a 2 ans, le kyste ne s'est pas reproduit, mais l'auteur pense que ce procédé ne donnerait pas d'aussi bons résultats si les tumeurs étaient anciennes, surtout au point de vue du rétablissement des mouvements. *Demons* pense qu'on pourrait se dispenser de l'*ignipuncture* dont il ne voit pas l'utilité, et qui lui paraît dangereuse pour les articulations voisines. *Duplouy* dit n'avoir jamais eu d'accidents. Il pense que les pointes de feu, tout en modifiant favorablement la constitution de la paroi

kystique, cloisonnent la poche, et en cas de récédive il est plus facile de guérir les petites poches isolées que la grande poche primitive. » Cette note fait le procès complet du procédé de l'auteur. Il avoue lui-même que sa manière d'opérer ne répond qu'à un petit nombre de cas et donnerait dans les autres des résultats défectueux. Demons fait remarquer à juste titre que l'ignipuncture est inutile après l'incision double et les injections phéniquées, quoique ses craintes pour les articulations voisines nous paraissent exagérées, aujourd'hui que l'antisepsie est en pleine vigueur.

Mais ce cloisonnement de la poche, qui paraît si favorable à Duplouty, nous fait craindre les adhérences et la limitation des mouvements. Tout cela pour la synovite à grains riziformes. Mais cette méthode a été préconisée aussi pour les synovites fongueuses, la lame rougie pénétrant profondément jusqu'aux fongosités, dans leur tissu même. Ce procédé qui a de nombreux inconvénients (douleurs, escarres, adhérences, inflammations) semble abandonné aujourd'hui dans ce cas au profit des injections interstitielles, dont nous parlerons plus loin.

Cependant on s'explique facilement qu'il ait donné des succès par l'action microbicide de la chaleur, qu'on emploie journellement pour la stérilisation des instruments dans les interventions chirurgicales. Aussi le verrons-nous employé avec succès, à titre supplémentaire, il est vrai, dans une incision antiseptique pratiquée par M. le professeur Gross, dont l'observation est relatée plus loin dans ce travail.

L'*Ecrasement* qui donne des résultats, relatifs

simplement il est vrai, dans le ganglion du poignet, puisqu'il permet la récidence, a été essayé aussi dans la synovite tendineuse. Nous ne le mentionnons que pour en faire ressortir tous les dangers dans le cas où il s'agit de tuberculose : destruction de la synoviale en un point, de cette synoviale qui, sorte de barrière, oppose le plus longtemps possible sa résistance au processus tuberculeux ; dissémination voulue dans le tissu cellulaire des grains riziformes, chemin ouvert au bacille de la tuberculose et à la marche des fongosités.

Une telle méthode n'a pour excuse que l'ignorance de la nature du mal.

I. — PONCTION

Tous ces procédés que nous venons d'énumérer, à part celui de Duplouty que nous n'avons cité plus haut qu'à cause de ses rapports avec les pointes de feu, tous ces procédés, s'ils amenaient une diminution passagère, une guérison plus ou moins problématique n'amenaient jamais la résorption complète du contenu synovial. Pour cette raison on songea à l'évacuer, mais n'osant de peur d'infection ouvrir d'emblée largement la poche pour sortir tout ensemble liquide et grains, on s'adressait autrefois à la *ponction, directe ou oblique, au trois quarts ou au bistouri*. Cette intervention ne donna pas les résultats qu'on en attendait; elle soulagea les malades, en supprimant la compression qui causait des douleurs et gênait les mouvements; mais elle ne les guérit pas, même unie à la compression ouatée.

Restaient en effet les grains, causes d'irritation per-

manente qui reproduisaient l'épanchement. La ponction simple, d'ailleurs, n'était pas en ce temps plus exempte de dangers que toute autre opération. Elle présentait les mêmes inconvénients, et Malgaigne, en la pratiquant, eut une mort par infection purulente. Aussi recommandait-il dans la suite de se bien garder d'une ponction « car d'une maladie légère on ferait une maladie dangereuse ». Avec l'antisepsie, il n'en serait plus de même ; mais il est aisé de comprendre que la ponction est un moyen insuffisant.

Ponction et injection d'eau tiède. — Dans l'espoir d'entraîner les grains qui entravaient la guérison, Faucon fit, après la ponction, une injection d'eau tiède pour tâcher d'entraîner ces corps riziformes. Cette tentative fait le sujet de l'observation suivante :

Un pas de plus, et l'on arrivait à l'*ébouillement* proposé dans les *Archives provinciales de chirurgie*, par *Bauby*, de Toulouse, pour le traitement des tuberculoses chirurgicales. Mais nous ne trouvons dans son mémoire aucun fait qui se rapporte aux synoviales tendineuses.

OBSERVATION I (Résumée.)

Extraite d'une note sur les kystes hordéiformes présentée par M. Faucon à la Société de chirurgie de Paris, en 1874 (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*).

Kyste synovial à grains riziformes de la synoviale de l'extenseur commun des doigts. — Ponction. — Injection d'eau tiède. — Guérison relative.

Cette observation concerne une femme de 35 ans qui portait un kyste à grains riziformes de la synoviale de l'extenseur commun des doigts. On avait essayé déjà différents traitements, entre autres la *compression ouatée*, qui n'avait eu d'autre effet que de produire des

douleurs excessivement vives, jusqu'à amener des spasmes hystériques. M. Faucon fit la ponction du kyste. Il ne se produisit aucune évacuation spontanée de liquide. Il fallut recourir à des pressions qui firent sortir de la poche environ deux cuillerées à bouche de grains riziformes. On fit une injection d'eau tiède qui entraîna encore quelques-uns, mais un certain nombre demeura dans le kyste. A ce moment s'écoulèrent quelques gouttes d'un liquide visqueux et sanguinolent. La malade ressentit une légère douleur pendant l'injection, à cause de la distension qu'elle produisit. On appliqua un pansement compressif; il y eut un léger gonflement pendant trois jours. Le kyste resta diminué de moitié et la malade ne ressentit plus de douleurs.

Notons d'abord les effets et les dangers de la compression que nous avons déjà fait ressortir plus haut; puis le résultat négatif de la ponction, qui ne nous étonnera pas, puisque nous connaissons la quantité, parfois si considérable, des grains riziformes, associée à l'absence presque complète de liquide dans la synoviale; ensuite l'effet de l'injection (l'eau chaude, employée en place d'eau tiède, aurait, outre l'action mécanique, son effet microbicide bien connu aujourd'hui); il reste des grains qu'elle ne peut entraîner, ce qui ne saurait nous surprendre, car nous savons que certains d'entre eux présentent un pédicule qui les retient encore attachés à la paroi kystique. Aussi n'y a-t-il qu'une guérison relative.

Ponction et injection iodée. — Au sujet des grains riziformes, Velpeau ne croyait pas à la nécessité de leur issue pour guérir l'affection. « J'avais cru que la sortie des corps hordéiformes était indispensable à la guérison; les faits m'ont démontré le contraire. Après la disparition des matières liquides, les grumeaux s'agglomèrent, s'unissent aux tissus voisins, s'amoin- drissent de plus en plus et finissent par ne plus

former que de légères plaques indurées, qui semblent disparaître presque complètement à la longue sans troubler notamment l'action des tendons des fléchisseurs des doigts. »

Pour tenter de les modifier toutefois, et d'en faciliter la résorption, il essaya de *l'injection iodée*.

Chassaignac persévéra dans cette voie, et c'est à lui que nous devons l'observation suivante, d'où nous tirerons les conclusions relatives à la méthode.

OBSERVATION II

Extraite du *Traité clinique et pratique des Opérations chirurgicales*,
de E. Chassaignac, 1862.

Kyste du poignet. — Ponction. — Injection iodée. — Guérison.

G... (J.-B.), 49 ans, garçon grainetier, se tordit assez violemment le poignet droit en voulant soutenir un minot de féverolles très pesant. Cet accident lui arriva, nous dit-il, au mois de mars 1842. Aussitôt il ressentit une douleur excessivement vive dans cette articulation et éprouva une sensation distincte de craquement. — Huit jours après, environ, apparut sur l'avant-bras, au devant du poignet, à trois centimètres à peu près au-dessus du ligament annulaire du carpe, une tumeur de la grosseur d'une forte noisette. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume pendant deux mois. Lorsqu'elle eut atteint un développement comparable à celui d'une noix, elle cessa d'augmenter et resta stationnaire. Elle n'était nullement douloureuse, gênait à peine les mouvements et n'empêchait point le malade de se livrer à ses occupations habituelles.

Au mois de janvier 1844, sans cause appréciable, cet homme sentit à la paume de la main, au niveau de l'articulation de l'index avec le second os du métacarpe, une seconde tumeur, très petite d'abord, mais qui fit insensiblement des progrès, gagna transversalement de proche en proche les gaines tendineuses des trois derniers doigts. Après s'être développée dans le sens transversal, elle grandit de haut en bas, remontant d'un côté vers le ligament annulaire, à la rencontre de la tumeur du poignet et descendant d'autre part dans les gaines tendineuses des doigts. — L'augmentation de la tumeur fut

surtout remarquable depuis le mois d'avril de l'année dernière (1844), En même temps le malade ressentit des douleurs assez vives dans tous les points occupés par la tumeur, douleurs qui augmentaient à la pression et qui obligèrent peu à peu cet homme à abandonner complètement ses occupations.

Ce ne fut que le 14 février 1845, qu'il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 7. Au moment de son entrée, la connaissance des antécédents, la cause, la marche de ces tumeurs, firent présumer que l'on avait affaire à des kystes synoviaux, connus aussi sous le nom de ganglions. Mais ce qu'ils présentaient de curieux, c'était l'absence de communication apparente entre la tumeur de la partie inférieure de l'avant-bras et celle de la paume de la main par dessous le ligament annulaire. Ce qui démontra l'absence de ces communications, c'était l'impossibilité de faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre, par une pression même assez forte, puis le mode de développement suivi par les tumeurs palmaires. En effet, cette dernière avait commencé dans un point éloigné du ligament annulaire, en sorte que, au début du moins, il était évident que son existence était tout-à-fait indépendante de celle de la grosseur de l'avant-bras. Au moment où l'on examina le malade pour la première fois, la douleur, produite dans les ganglions palmaires par la pression, fit supposer qu'un travail inflammatoire s'était développé dans l'intérieur des kystes, mais n'avait encore attaqué que ceux de la paume de la main et ne s'était point propagé jusqu'à la tumeur de l'avant-bras. La peau paraissait amincie et semblait nécessiter une opération prompte. On se borna pendant quelques jours à prescrire des frictions à la pommade iodurée.

18 février. — L'état du malade étant resté à peu près le même, on procède à l'opération. Une ponction est pratiquée à la partie la plus déclive de la tumeur à l'aide d'un *trois-quarts*. Cette ponction donna immédiatement issue à une grande quantité de corpuscules de la grosseur et presque de la forme d'un grain de riz. Le liquide dans lequel nageaient ces corpuscules était peu abondant, transparent, séreux, un peu visqueux cependant. Une fois la tumeur palmaire complètement évacuée, ce ne fut qu'à l'aide d'une forte pression exercée de haut en bas que l'on put vider la tumeur de l'avant-bras, dont les communications au-dessous du ligament annulaire étaient probablement fort étroites. Elle contenait, comme l'inférieure, une grande quantité de corpuscules blanchâtres, opalins, hydatiformes, de la même grosseur et du même aspect. On injecta par la canule du

trois-quarts de l'eau tiède d'abord, pour vider complètement la tumeur à trois reprises différentes. Une quatrième injection fut faite, mais avec la teinture d'iode. Le kyste vidé une dernière fois, on exerça sur ses parois une légère compression au moyen d'un gâteau de charpie. L'ouverture faite par la ponction fut préalablement recouverte d'une cuirasse agglutinative. Diète.

Le 19. — Légères douleurs et sentiment de cuisson dans la main, plus forte dans le point où a été pratiquée la ponction. Chaleur générale de la peau. On laisse le même pansement et l'on continue la compression modérée. Un peu d'insomnie la nuit dernière. Julep gommeux diacodé. Une bouteille d'eau de Sedlitz. Diète.

Le 20. — Etat satisfaisant. On cherche à redresser les doigts qui, par suite du développement de la tumeur, étaient depuis quelque temps maintenus fléchis. Une attelle est placée sur le dos de la main et du bras assujettie par des tours de bande. Les doigts sont soutenus par des bandelettes de diachylum qui les redressent et viennent se fixer à l'attelle.

Le 21. — Les douleurs produites par l'extension des doigts ont été si violentes, que l'on a été obligé d'enlever l'attelle et de laisser les doigts dans la position vicieuse qu'ils avaient prise.

L'ouverture produite par le trois-quarts est complètement refermée, à tel point qu'il est à peu près impossible de la découvrir. Pas de rougeur. Un peu de sensibilité à la pression et de gonflement déterminé par l'injection irritante qui a été faite.

Le 24. — Le bandage est levé de nouveau. La tumeur a diminué de volume. Elle est toujours un peu sensible à la pression, sans rougeur, ni chaleur anormale à la peau. Emplâtre de Vige sur la paume de la main.

A partir de ce moment, la résorption des liquides épanchés s'opère rapidement. Le malade est sorti en état de complète guérison.

Ce malade étant entré plusieurs mois après à l'Hôtel-Dieu pour une affection de poitrine à laquelle il a succombé, on a été à même de constater que les adhérences s'étaient établies dans la presque totalité de la tumeur et que cependant il était resté dans un point quelques-uns des corps étrangers. (*Société de chirurgie*, 15 avril 1846).

Ce que nous remarquons dans cette observation, c'est qu'on crut tout d'abord à une absence de communication des deux tumeurs, communication qui

existait cependant, puisqu'elle fut reconnue plus tard, mais qui, dans le cas particulier, était absolument minime. Ensuite l'issue spontanée d'un grand nombre de corps riziformes, ce qui s'explique ici par la présence du liquide, qui, s'il était peu abondant, était séreux et non visqueux, facilitait par conséquent l'issue des grains. Comme on l'a vu plus tard, trois injections d'eau tiède n'ont pu suffire à entraîner tous les grains riziformes; on en retrouve à l'autopsie. L'injection de teinture d'iode produit de la douleur, de la chaleur, de l'insomnie. Quand on veut redresser les doigts, les douleurs provoquées sont telles qu'on doit les laisser à leur position vicieuse. La sensibilité à la pression persiste encore longtemps dans la région. Nous voyons bien à la fin de l'observation: « Le malade est sorti en état de parfaite guérison », mais sans plus d'indication sur la persistance des mouvements des doigts, pour laquelle les douleurs si vives signalées plus haut nous donnent des craintes. L'injection en effet, ne se bornant pas à modifier les grains, ne peut-elle produire des adhérences et par suite la main en griffe? « D'après Follin, on obtient souvent au bout de quelques mois le rétablissement complet des mouvements de la partie qui était le siège du kyste. D'après Boinet, l'inflammation produite n'est pas un obstacle au retour des mouvements, car elle se borne à une irritation qui modifie les surfaces sans provoquer d'adhérences. Les parties reprennent leur mobilité, les dépôts plastiques se résorbent peu à peu; les mouvements rétablissent de nouvelles bourses qui facilitent à nouveau le jeu des tendons. Michon, moins affirmatif, est

cependant favorable à l'injection iodée. Il reconnaît son innocuité, mais a des doutes sur la récurrence et le retour des mouvements. D'après lui, moins l'inflammation aura été longue, plus le rétablissement des mouvements pourra être espéré. D'après Legouët, il y a peu de guérisons radicales, beaucoup de récurrences. Pour lui, les adhérences persistent rarement. Chassaignac, dans une autopsie, a constaté des adhérences établies dans la presque totalité de la tumeur. » (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1874). Au sujet du retour des mouvements, les opinions sont donc bien partagées. En somme, cette méthode peut produire la fermeture de la gaine, une symphyse synoviale. Elle faisait autrefois courir au malade les risques d'une suppuration et autres accidents septiques que depuis l'asepsie nous n'aurions plus à redouter aujourd'hui.

Demarquay obtint des succès avec *l'injection iodée combinée au drainage*.

Un dernier perfectionnement de la méthode fut, après la ponction, *l'injection d'iodure de potassium à 1/10*, remplaçant la teinture d'iode, puis l'établissement d'un séton en fil de lin qu'on retirera le deuxième jour. Ensuite des *irrigations continues* (1). La guérison était établie en quinze jours avec conservation des mouvements. (*Revue des sciences médicales en France et à l'Etranger*, G. Hayem, Faucon, observation empruntée au D^r Legrand).

Mais toutes ces méthodes de ponction simple ou suivie d'injections, outre le défaut d'antisepsie qui tient à l'époque, avaient cet autre défaut, qui sautait aux yeux et auquel on songea à remédier tout d'abord :

(1) Dans le but de tâcher de diminuer l'inflammation.

il restait toujours dans le kyste des grains riziformes ; pour pouvoir les retirer à loisir, on fit l'incision.

II. — INCISION.

On pratiqua d'abord *l'incision unique* (Dupuytren, Michon), mais il était encore difficile par ce moyen d'évacuer complètement le kyste, et pour peu qu'il restât un grain dans l'un des culs-de-sac, on était exposé à la récurrence.

On lui substitua donc *l'incision double*. Pour provoquer l'inflammation, qui à cette époque paraissait indispensable pour amener l'occlusion au moyen des bourgeons charnus, Boyer (1826) plaça un séton qui traversait les deux plaies en passant sous le ligament annulaire. Mais cette suppuration, nécessaire au point de vue des adhérences, se propageait souvent aux tissus et organes voisins, dégénérait en phlegmon diffus, amenait souvent l'infection purulente et la mort. « La seule opération utile serait, disait Chassaignac, l'ouverture et l'évacuation de la poche, car tant que le kyste persistera, la maladie pourra se reproduire ; mais cette opération présente de très grands dangers, surtout si on introduit dans la plaie une mèche. » (*Traité clinique et pratique des maladies chirurgicales*. Chassaignac).

En 1833, Dupuytren substitua au séton la charpie dont il bourrait la plaie ; les dangers étaient toujours aussi grands, l'opération aussi grave. « D'après Dupuytren, l'incision et la suppuration sont nécessaires pour la guérison ; mais vu les dangers qu'elle fait courir, on ne doit recourir à l'opération que quand la gêne des mouvements est telle que les malades ne

peuvent plus se livrer au libre exercice de leur état. Le chirurgien doit engager le patient à vivre avec son mal ou le prévenir des risques que l'opération peut lui faire courir. Telle était aussi l'opinion de Boyer, malgré ses cas d'extirpation avec conservation des mouvements. Desprès considère comme dangereuse toute opération avant l'ouverture spontanée imminente. » (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris* 1874, Faucon. *Note sur les kystes hordéiformes*).

Chassaignac, avec l'incision double, fit le drainage. Nélaton (1868), en préconisant l'incision double, prétend qu'elle suffit pour faire naître la suppuration sur toute l'étendue de la séreuse du poignet. L'inflammation est même telle qu'il emploie pour la modérer les *irrigations continues*. D'autres chirurgiens employaient les *applications de glace*.

On pratique aussi l'incision totale de la tumeur dans toute sa longueur, *incision comprenant le ligament annulaire*. Mais cette opération présentait encore des dangers plus grands (phlegmons diffus, pyohémie, mort).

Incision et pansement ouaté de Guérin (1871). — La question de la thérapeutique des kystes synoviaux en était là, quand A. Guérin le premier nous apprit à combattre ou plutôt à empêcher efficacement les accidents septiques dans un foyer opératoire. Son procédé forme comme une période de transition entre les procédés septiques et les opérations antiseptiques, car ce n'est pas encore la perfection de l'antisepsie à laquelle on est arrivé de nos jours ; l'ouaté, en effet, appliquée sur la plaie pour filtrer l'air et la débarrasser de ses germes, n'est pas elle-même antiseptique.

tique, pas même aseptique, et peut elle-même servir de contagion et être le point de départ d'une inoculation. Mais voyons le *Dictionnaire de Dechambre*, à l'article Pansement, et ce qu'il dit du pansement ouaté de Guérin. « Il repose sur ce principe, mis en lumière par Pasteur, que l'ouate, en filtrant l'air, le débarrasse des germes qui, dans les salles d'hôpitaux encombrés, s'inoculent par les plaies et développent ces complications redoutables qui ont été de tout temps le désespoir des chirurgiens. Pour qu'il donne de bons résultats, il doit être appliqué avec tous les soins rigoureux indiqués par son inventeur et loin des salles infectées. La plaie est lavée à l'alcool camphré, ou mieux phéniqué, les bords sont maintenus rapprochés par quelques points de suture, et à l'aide d'une compression douce faite avec des tampons d'ouate maintenus sur la surface cutanée des lambeaux. On ouvre alors seulement les paquets d'ouate, vierge et non contaminée par l'air des salles, et on enveloppe le membre de feuilles d'ouate jusqu'au-dessus de l'articulation supérieure. On maintient cet énorme manchon par des tours de bande. A moins de complications, n'enlever le pansement qu'après vingt à vingt-cinq jours. On trouve la plaie réunie par première intention. » « Alphonse Guérin craignait autrefois les complications inflammatoires. A partir du moment où il avait découvert le pansement ouaté, il pratiquait l'ouverture large du kyste. » (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1874. Faucon. *Note sur les kystes hordéiformes*). « Par ce procédé (incision, pansement ouaté sans sutures), on obtient, dit Verneuil, une guérison certaine en dix ou quinze

jours. » Verneuil rejette la réunion immédiate, qui peut faire gagner quelques jours quand elle réussit, mais qui peut avoir aussi dans certains cas des inconvénients. (*Revue de Chirurgie*, 1881. Note de M. Verneuil).

B. — TRAITEMENTS ET PROCÉDÉS MODERNES

Nous arrivons à l'ère antiseptique dont le traitement des synovites a largement profité. « Jusqu'en ces derniers temps, la synovite chronique à grains riziformes a été regardée comme une sorte de *noli me tangere* qui, grâce à la chirurgie antiseptique, se laisse facilement manier aujourd'hui. Jusqu'à ces dernières années, cette affection a été considérée par un grand nombre, et des plus éminents, comme susceptible uniquement d'un traitement palliatif.

En effet, les interventions tentées contre elle, telles qu'incision, drainage, ponction et injection iodée, donnaient, même entre des mains exercées, de tels désastres que le découragement était complet. Tantôt, en effet, la gaine suppurait ou devenait fongueuse et amenait des accidents beaucoup plus graves que ceux qui existaient auparavant, pour aboutir ensuite à la main en griffe et à la perte absolue des mouvements. Tantôt il n'y avait pas de suppuration, mais il se formait entre la gaine et le tendon des adhérences qui amenaient encore l'attitude vicieuse et l'ankylose de la gaine. Enfin, dans la majorité des cas, il se faisait une récidive. Malgré quelques succès que l'on trouve çà et là dans les recueils et les journaux, l'échec était la règle, si bien que le professeur Gosselin, dans ses

leçons cliniques, préconise l'abstention au point de vue curatif et la ponction simple palliative, et répétée aussi souvent qu'il faudra. Telle était la situation quand parut le pansement antiseptique. Auparavant, il y avait eu des succès (pansement ouaté); mais on ne touchait à la tumeur qu'avec crainte, et la main forcée par les accidents. » (Ed. Schwartz, *in Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Jaccoud.)

I. — INCISION ANTISEPTIQUE

L'incision antiseptique, dont *Lücke* rapporte des guérisons en 1872 et *Volkmann* en 1874, fut pratiquée d'abord en France par Verneuil, en 1878. C'est cette première observation que nous relaterons. C'est l'observation XXXII de la thèse de Godemel, inspirée par le professeur Verneuil.

D'après les données de l'anatomie pathologique, d'après les idées actuelles sur la nature des tuberculoses locales, il est aisé de comprendre que l'incision seule d'une gaine synoviale tuberculeuse ne saurait suffire pour obtenir la guérison. Il faut absolument détruire ou enlever les éléments infectieux tuberculeux, les colonies bacillaires qui existent dans le foyer pathologique.

L'incision demande donc une opération complémentaire, la destruction ou l'enlèvement des parties infectées.

De là la nécessité des injections ou lavages modificateurs, ou mieux du curettage. Aussi l'incision n'est-elle jamais pratiquée seule. Les chirurgiens y ont ajouté et y ajoutent soit les lavages phéniqués ou

de solution de sublimé, soit les cautérisations avec la solution de chlorure de zinc à 1/10. Mentionnons encore, pour modifier les parois de la poche, les lavages au naphthol camphré, à l'éther iodoformé, que nous trouvons notés, mais dont nous n'avons pas d'observations.

Souvent aussi, les chirurgiens y ajoutent le curettage.

Dans un cas, M. le professeur Gross y a ajouté la thermocautérisation.

Nous verrons donc successivement des cas d'opérations avec lavages antiseptiques et d'autres avec curettage. Toutes ces opérations nécessitent d'ordinaire *le drainage*. Les lavages phéniqués, le curettage, produisent une certaine exsudation de liquides auxquels il convient de ménager une issue. Enfin, on connaît la facilité de l'auto-inoculation dans le traitement des tuberculoses locales. Aussi trouvons-nous sans cesse additionné le drainage. Celui-ci peut être fait de différentes façons. En 1882, Faucon l'avait établi avec des crins de cheval désinfectés, pour remplacer le drain en métal ou en caoutchouc, en appliquant le pansement antiseptique. Il obtint la guérison au bout de trois mois, au prix d'une synovite suppurée et sans retour intact des mouvements. (*Revue des sciences médicales en France et à l'étranger*, G. Hayem, 1882. *Contribution à l'Étude du traitement des Kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet*, Faucon.)

On emploie aujourd'hui le drain de caoutchouc (drain de Chassaignac), la lanière de gaze iodoformée, ou le pinceau de crins de Florence (drains capillaires).

Nous trouverons de même en parcourant les observations des variétés au sujet des sutures et nous observerons les résultats de toutes les modifications que nous venons d'indiquer à la méthode opératoire.

a) *Incision antiseptique et lavages phéniqu's.*

OBSERVATION III

Thèse de Godemel, 1878. Observation XXXII.

X..., 38 ans, garçon boucher, arthritique, constitution forte, entre à l'hôpital de la Pitié le 17 mars 1878, salle Saint-Louis, n° 43. Dans le passé pathologique de notre malade, nous trouvons une variole légère dans son enfance. A 20 ans, une blennorrhagie ; à 26 ans, un chancre mou avec bubons suppurés dans l'aîne. Jamais de fièvres intermittentes. — Vers la fin de janvier, il y a trois ans, il éprouva une certaine gêne dans le poignet gauche en travaillant et il vit à la partie inférieure de l'avant-bras gauche une tumeur du volume d'une grosse noisette. A la gêne s'ajoutèrent bientôt des douleurs qui se faisaient sentir surtout le soir et la nuit, parfois même assez fortes pour empêcher le sommeil. En outre, il éprouvait dans les deux derniers doigts de la main des fourmillements fréquents. Le volume de la tumeur, au dire du malade, changea peu la première année ; mais dans ces deux dernières années, elle a notablement et assez rapidement augmenté. Aujourd'hui, voici ce que l'on constate : une grosseur du volume d'un œuf de poule est située à la partie antérieure, inférieure de l'avant-bras. Elle offre à la pression une résistance élastique. En comprimant méthodiquement toute la tumeur, on réussit à la faire disparaître en partie, mais en même temps une saillie du volume d'une petite noix se montre dans la partie supérieure de la paume de la main. Une pression exercée sur cette petite tumeur chasse son contenu dans celle du poignet, qui grossit de nouveau. Dans ces pressions alternatives, on s'assure que le contenu de la tumeur est liquide ; on a la sensation particulière de la fluctuation, et que de plus elle renferme, nageant dans le liquide, de petits corps solides (grains riziformes), qui se pressent les uns contre les autres pour passer sous le ligament annulaire et aller de la poche brachiale dans la poche palmaire et produisent une crépitation spéciale.

Il s'agit bien là d'un kyste synovial en bissac du poignet.

Les mouvements de la main s'exécutent normalement. Ceux des doigts, surtout des deux derniers, sont un peu gênés. Dans les deux derniers, quelques fourmillements. Toute la main, tous les doigts sont sensibles à la douleur, à la pression et à la température.

Opération le 22 mars. Le malade est chloroformé. M. Verneuil, par une incision de quatre centimètres environ, faite au bistouri, le long du tendon du grand palmaire, ouvre le kyste. Aussitôt il s'échappe spontanément une petite quantité de liquide légèrement filant, incolore et une grande quantité de grains riziformes. De légères pressions exercées à la surface du kyste achèvent de le vider. Une forte sonde cannelée, introduite dans la poche et conduite sous le ligament annulaire, soulève en un point la paume de la main. Guidé par cette saillie, M. Verneuil pratique au bistouri une petite boutonnière à la paume de la main. Un drain en caoutchouc, de la grosseur d'une forte plume d'oie, est placé entre les deux ouvertures, et les extrémités, réunies, sont fixées sur le bord de la main. Il s'écoule à peine deux gouttes de sang. M. Verneuil a opéré au milieu d'une atmosphère chargée de vapeurs de thymol que plusieurs aides n'ont cessé de pulvériser durant toute l'opération. L'opérateur et tous les aides avaient préalablement lavé avec soin leurs mains dans la solution d'acide thymique. Les instruments, les éponges, le drain, tous les objets qui ont servi à l'opération étaient plongés depuis plusieurs heures dans le thymol.

Aussitôt l'opération terminée, la plaie a été couverte de tarlatane thymolée et tout le membre a été mis dans un appareil ouaté appliqué avec tous les soins désirables.

Ce pansement n'a pas été changé de douze jours.

Le treizième jour, 6 avril, on est étonné de ne sentir aucune mauvaise odeur. Les bourgeons charnus sont petits, roses, un peu mollasses. On ne replace pas un nouveau drain. Le changement de pansement s'est fait au milieu de la vapeur de thymol.

Le 20 avril, quatorze jours après, on examine de nouveau la plaie de la main, qui est presque fermée, celle de l'avant-bras, qui est large comme une pièce de un franc. A partir de ce moment, pansement tous les jours au thymol. On touche de temps en temps les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

Le 2 mai, plaie de la paume de la main cicatrisée ; l'autre, très rétrécie, est couverte de bourgeons charnus, petits, roses et mous.

Le 14 mai, la plaie de l'avant-bras est complètement cicatrisée. Elle est recouverte, ainsi que celle de la paume de la main, d'une légère

couche grisâtre. A son niveau, les vestiges du kyste forment encore une tumeur assez notable, mollasse, sans fluctuation. Par suite de l'immobilité longtemps prolongée, le malade éprouve une assez grande gêne à mouvoir les doigts.

Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, le malade est revenu à la consultation et nous avons pu remarquer que les mouvements étaient parfaitement revenus et qu'il pouvait aisément se servir de sa main.

Incision double sans sutures. — Un seul drain. —

Le mode opératoire, employé ici, est l'incision double antiseptique, avec établissement d'un seul drain passant sous le ligament annulaire. Plus tard on mettra deux drains, un dans chaque plaie opératoire. Notons dans cette observation comme dans presque tous les cas une petite quantité seulement d'un liquide filant et un nombre considérable de grains. L'acide thymique était la substance antiseptique employée. On laisse la cicatrisation se faire sans sutures. Nous retrouvons un fait du même genre dans un travail de M. le professeur Weiss intitulé de *l'Incision antiseptique des kystes à grains riziformes*, et paru dans la *Revue de Chirurgie*, 1885.

Dans l'observation personnelle qu'il y cite, et que nous relatons ci-après, il n'est pas question non plus de sutures. Cette absence de suture rend compte de la longueur relative de la guérison (du 22 mars au 14 mai). Il reste enfin après la guérison dans le cas précédent une tumeur encore assez considérable : ce fait ne nous étonnera pas, puisque nous connaissons dans cette affection l'épaississement de la gaine, et l'extirpation seule pourra avoir raison de ce résidu. Dans tous les cas les mouvements sont revenus.

OBSERVATION IV

Extraite de la *Revue de Chirurgie*, année 1885. *De l'incision antiseptique des kystes à grains riziformes*, par le docteur Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Incision antibrachiale antiseptique. — Lavages phéniqués. — Drainage sans sutures. — Pansement de Lister.

Schultz, marchand ambulant, âgé de 37 ans, entre le 12 août 1884 dans mon service, salle n° 1, lit n° 12. Cet homme, de constitution lymphatique, présente depuis un an environ les symptômes d'un kyste à grains riziformes, développé aux dépens de la grande gaine des fléchisseurs du poignet gauche. (Etant gaucher, il se sert plus spécialement de cette main, ce qui en explique jusqu'à un certain point l'apparition de ce côté).

En effet, on constate chez lui une tumeur bilobée, bridée par le ligament annulaire antérieur du carpe, occupant par conséquent la paume de la main, en même temps que la partie inférieure de l'avant-bras sur une étendue de 8 à 10 centimètres. Le creux palmaire est totalement effacé ; la région antibrachiale saillante et déformée. La tumeur présente une fluctuation assez nette qui se transmet aisément d'un prolongement à l'autre, en même temps qu'une crépitation neigeuse due au déplacement des grains hordéiformes. Le malade n'accuse que des douleurs vagues au niveau du poignet, mais il se plaint d'une grande gêne dans les mouvements des doigts, qui ne peuvent s'infléchir vers la paume que dans une faible étendue. Il en résulte une grande gêne pour son travail, ce qui l'a décidé à venir réclamer mes soins. L'état général étant satisfaisant, je me décide à faire l'incision antiseptique.

14 août. — Après chloroformisation préalable et sous le brouillard phéniqué, je fais, au niveau de la région antibrachiale inférieure et sur la partie saillante de la tumeur une incision de 4 centimètres, parallèle à l'axe du membre, et passant par le tendon du cubital antérieur et celui du petit palmar. A peine la peau coupée, je tombe sur la tumeur qui est très saillante et très superficielle et j'en incise largement la paroi antérieure. Il s'en écoule un liquide visqueux peu abondant, agglutinant entre eux une multitude de grains riziformes de deux millimètres de long sur un millimètre de large. Ce liquide ressemble assez exactement à une épaisse décoction de riz ; la pression sur le prolongement palmar le fait refluer en grande quantité par l'ouverture antibrachiale. Une fois la poche à peu près vidée, j'y

fais à plusieurs reprises passer un courant d'eau phéniquée à 1/20, de façon à en modifier les parois, et à entraîner en même temps les grains qui pouvaient y être restés. Un assez grand nombre de corpuscules libres sont ainsi expulsés, quelques autres, encore fixés à la paroi, sont enlevés avec des pinces. On peut alors très facilement examiner l'état des tendons, et constater que, quoique entourés d'une fausse membrane peu épaisse, ils sont dans un état d'intégrité assez satisfaisant. Comme l'incision s'est notablement rétrécie sous l'influence de l'évacuation de la poche, je juge inutile de faire une suture, et je me contente d'introduire dans l'ouverture antérieure du kyste, un drain allant jusqu'au ligament annulaire. Le membre est ensuite immobilisé à l'aide d'une gouttière plâtrée dorsale, et entourée d'un pansement de Lister. Pour éviter l'accumulation de liquide dans le prolongement palmaire, je place au niveau de la paume de la main une éponge que je fixe à l'aide d'une bande de tarlatane phéniquée et qui est destinée à entretenir une compression douce et continue en ce point.

15 août. — Le malade a éprouvé dans le poignet une légère douleur, mais il n'a pas de fièvre et se trouve dans un état satisfaisant. T. m. 36.6. T. s. 37.4.

16 août. — Premier pansement. Il n'existe aucune trace de pus. Un peu de sérosité imbibé seule la gaze. Le drain est supprimé. Pour éviter toute chance de rétention, je recommande au malade de rester couché dans son lit, les bras reposant sur la face palmaire. La plaie est ainsi dans une position déclive. T. m. 36.4. T. s. 37.6.

18 août. — Deuxième pansement. La plaie est réunie dans les parties profondes ; elle se réduit à une surface superficielle légèrement grisâtre et hoursoufflée. Il n'existe ni gonflement ni douleur sur le trajet de la grande gaine carpienne. T. m., 37°, T. s. 36.6.

19 août. — T. m. 36.6. T. s. 36.8.

Les jours suivants, l'apyrexie continue, il n'est fait aucun pansement.

26 août. — Troisième pansement. La plaie a bon aspect et se réduit à une surface suppurante de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes.

13 septembre. — La plaie est cicatrisée sous une croûte qui suinte encore légèrement. L'appareil plâtré est supprimé.

25 septembre. — La croûte est tombée et la cicatrisation complète. Les mouvements des doigts sont beaucoup plus étendus qu'avant

l'opération, bien que le malade ait été immobilisé pendant un mois. Il lui est recommandé de faire des exercices journaliers pour en augmenter l'amplitude. Le malade est tenu en observation jusque vers les premiers jours d'octobre, époque à laquelle je constate l'état suivant : Le gonflement de la main et du poignet a totalement disparu au point qu'on ne remarque aucune différence avec le côté opposé. La cicatrice antibrachiale est adhérente en un point aux tendons et se déplace avec eux pendant les mouvements des doigts. Ceux-ci ont presque recouvré leur étendue normale ; la flexion palmaire s'exécute complètement. Le malade est très satisfait de son état et réclame son exeat qui lui est accordé. Il a été revu le 13 janvier 1885. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION V

Extraite d'une communication faite par M. Nicaise, à la Société de Chirurgie de Paris, le 18 mai 1881 (*Bulletin de la Société de Chirurgie et Revue de Chirurgie*).

Incision antiseptique. Drainage. — Guérison avec conservation des mouvements.

Dans cette note, M. le docteur Nicaise, parlant du traitement antiseptique de la synovite tendineuse à grains riziformes, cite le cas suivant :

Le malade est un homme de 57 ans, postillon. L'affection a débuté par la gaine du fléchisseur du pouce, 6 ans auparavant. La plupart des gaines des muscles antérieurs et postérieurs du poignet étaient envahies. Les symptômes sont les symptômes habituels de l'affection et ne présentent rien de particulier. A la palpation, on reconnaît qu'il y a peu de liquide, d'où on conclut à l'inutilité de la ponction. Redoutant l'incision simple suivie de drainage, ses dangers et ses complications parfois mortelles (phlegmon et infection purulente) ; encouragé d'autre part par le résultat de plusieurs arthrotomies, M. Nicaise se décida à intervenir avec l'aide de l'antisepsie. Sur chaque tumeur, il pratique une incision de trois à quatre centimètres, il trouve un grand nombre de grains riziformes, mais peu de liquide, ce qui confirme l'examen clinique. Il fait trois injections phéniquées et applique le pansement de Lister en établissant le drainage ; l'antisepsie la plus rigoureuse a été observée durant toute l'opération qui a eu lieu le 26 mars. On a fait l'*anesthésie locale*.

Le 27, le malade a de la fièvre, 39.2 ; le membre est tuméfié, la

nuit a été agitée. On ouvre le pansement et on trouve le drain palmaire bouché par du sang et un épanchement séreux.

Le 28, le malade a pris un purgatif et du sulfate de quinine, la température est à 38°.

Le 29 mars, la température tombe à 37° et s'y maintient à partir de ce jour. On enlève le drain dorsal le troisième jour, le drain palmaire est supprimé le lendemain. Le 30 mars, le malade pouvait sortir, tout en conservant un suintement séreux qui dura jusqu'au 12 avril.

Le 18 mai 1881, il ne reste qu'un peu de gonflement, qui est dû à l'épaississement de la gaine. Il est combattu efficacement par un pansement compressif.

Aujourd'hui le malade est guéri complètement et il a conservé la liberté des mouvements de ses doigts.

Incision antiseptique double. — Injections phéniquées, deux drains. — Pansement de Lister. — Voyons ce qui différencie ce procédé de celui employé dans les opérations précédentes. Remarquons d'abord que ce qui décide le mode d'intervention de M. Nicaise, c'est la petite quantité du liquide, sans quoi il eût fait la ponction, car l'incision n'était pas encore d'un usage courant. Mais elle eût sans doute trop peu diminué le volume de la tumeur. Ce qui le décide aussi à intervenir antiseptiquement, ce sont les dangers de l'incision simple, que nous avons déjà décrits, et sur lesquels il insiste particulièrement. Il est encouragé par les succès que l'antisepsie lui a donnés dans plusieurs arthrotomies : ce fait, nous l'avons déjà signalé. L'étude de la tuberculose des articulations a précédé celle des synoviales tendineuses qu'elle devait entraîner, mais qui devait ne la suivre que de loin. L'incision est multiple comme dans l'observation III. Nous notons ici trois injections phéniquées, en partie sans doute pour chasser les grains et modifier la paroi.

Nicaise applique le pansement de Lister, et établit le drainage au moyen de deux drains. Notons aussi *l'anesthésie locale*. Le malade a de la fièvre, mais elle tient uniquement à la rétention de sérosité, il n'y a pas de pus. Enfin la guérison est rapide, puisque le malade opéré le 26 peut sortir le 30, quoiqu'il garde une fistule séreuse jusqu'au 12 avril.

Ici, comme dans l'observation III, il reste un gonflement produit par les parois synoviales hypertrophiées. On le combat par la compression et en somme la guérison s'établit avec conservation des mouvements.

OBSERVATION VI (résumée).

De M. le docteur Notta, de Lizieux. Extraite du *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*. Séance du 12 octobre 1881.

Incision antiseptique. — Drainage. — Accidents de suppuration. — Guérison. — Le malade est un nommé C..., cultivateur. Il est robuste, n'a jamais eu de rhumatismes, et ne présente aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel. Il y a quatre ans, en rentrant chez lui après avoir labouré, il ressentit une douleur à la paume de la main et s'aperçut que cette région présentait un certain gonflement. Il ne s'en préoccupa d'ailleurs pas davantage et continua à travailler en ayant soin toutefois de se munir d'un gros gant. Il ressentait après son travail des douleurs vives, qui souvent même troublaient son sommeil, douleurs qu'il arrivait à calmer par des applications d'eau froide. La tumeur du poignet apparut il y a deux ans, la bosse-lure de la paume il y a 6 mois. Depuis 7 à 8 mois la tumeur a notablement augmenté de volume.

Etat actuel. — La tumeur présente la forme et les signes habituels des kystes des synoviales tendineuses du poignet. Elle a la forme en bissac et la palpation fait reconnaître la fluctuation. La pression sur l'une des tumeurs la vide en partie tout en augmentant le volume de l'autre. Il y a donc communication entre les deux poches. On sent en même temps au moment du passage sous le ligament annulaire la sensation particulière produite par le frottement des corps étrangers.

Il n'y a pas de douleurs ni spontanées, ni provoquées. La tumeur n'inquiète le malade qu'en ce qu'elle le gêne pour son travail. La flexion et l'extension des doigts se fait bien excepté toutefois pour le petit doigt et l'annulaire.

Opération. — Après avoir chloroformé le malade, on applique la bande d'Esmarch et on établit les pulvérisations phéniquées. Une incision de 4 centimètres est pratiquée à la partie inférieure de l'avant-bras. On tombe sur le kyste qui est situé en dessous de la couche superficielle des muscles. Il s'écoule, quand on l'ouvre, un liquide gommeux et un grand nombre de corps blanchâtres de forme lenticulaire. Le doigt, introduit par l'ouverture, détruit les adhérences de quelques-uns de ces corps lenticulaires qui tiennent aux parois du kyste et aux tendons par l'intermédiaire d'une sorte de frange pseudo-membraneuse.

Une deuxième incision de 3 centimètres est faite à la paume de la main. En cette région, la tumeur et son contenu présentent les mêmes caractères qu'à l'avant-bras. Une troisième incision faite au niveau de l'éminence hypothénar à travers une épaisseur considérable de parties molles présente aussi les mêmes caractères. La masse totale des grains riziformes extraits du kyste aurait pu remplir un grand verre. Après les avoir enlevés on fait une injection à l'eau phéniquée (solution forte 50 ‰). On établit le drainage, on suture au fil d'argent et on applique le pansement de Lister en faisant la compression.

L'opération a eu lieu le 14 novembre. Le 15, le malade ressent des douleurs, il a eu de l'insomnie. On attribue ces douleurs au trop gros calibre du drain. Il n'y a pas de pus dans la plaie, on applique un nouveau pansement.

Le 19 novembre, le malade va bien, on enlève les fils.

Le 9 décembre, nouveau pansement. Pas de pus. Les plaies paraissent cicatrisées. Aussi on ne continue plus le pansement de Lister et on laisse le malade se soigner seul et se panser lui-même.

Le 10, il ressent des douleurs.

Le 11, on constate la présence du pus et un certain gonflement. On applique sur la plaie un pansement à l'alcool. Mais comme l'inflammation a beaucoup augmenté, on revient au pansement de Lister. Dès lors la suppuration cesse.

Le 4 février, la cicatrisation est complète. La palpation décèle un peu de rénitence. On applique un pansement compressif ouaté.

Le 5 mars, la paume de la main est désenflée, mais il y a un peu de raideur dans les mouvements.

Le 20 mars, les cicatrices sont déprimées. Il y a un peu de suintement d'une petite quantité de sérosité qui disparaît au bout de quinze jours.

M. Notta fait remarquer que, dans ce cas, il y avait urgence à intervenir ainsi qu'il l'a fait.

Etant donné la présence en grand nombre des grains riziformes, il était inutile de songer à la ponction suivie d'injection iodée.

Il attribue la longue durée de la guérison, quatre mois et demi, à l'apparition de la suppuration quand on a supprimé le pansement de Lister.

Incision antiseptique multiple. — Injection phéniquée. — Sutures et drainage. — Pansement de Lister. — C'est dans cette observation que nous voyons la bande d'Esmarch citée pour la première fois. On emploie la pulvérisation phéniquée aujourd'hui abandonnée. Le curettage au moyen du doigt pour enlever les grains encore adhérents est ajouté au manuel opératoire, de même que la suture au fil d'argent combinée au drainage. Il se produit des douleurs, mais cela tient à la grosseur du drain, car il n'y a pas de pus. La cicatrisation en somme eût été relativement rapide sans cet accident qui se produisit, de suppuration et que Notta attribue avec raison à la cessation momentanée du traitement antiseptique, que Verneuil attribue à tort à une réunion trop hermétique de la plaie (*Revue de Chirurgie*, 1881. Note de M. Verneuil). Cette observation nous montre bien les dangers de l'incision simple, sans antisepsie suffisante, l'utilité, l'efficacité, la nécessité de cette dernière.

Les progrès réalisés sont le nettoyage de la poche pour arracher les corps encore pédiculisés et la suture combinée au drainage.

Remarquons aussi que les considérations qui décident l'intervention de Notta sont les mêmes que celles qui décident Nicaise dans l'observation précédente.

b) *Incision antiseptique et curettage.*

OBSERVATION VII

Extraite de la *Revue de chirurgie*, 1883. Observation de M. Schwartz.

Rapport de M. Nicaise.

Synovite à grains riziformes de la gaine carpo-métacarpienne interne. — Incision antiseptique. — Guérison définitive. — Le sujet, homme de 52 ans, porte depuis dix ans une tumeur qui fait saillie à la main et à l'avant-bras, et présente la crépitation caractéristique des synovites tendineuses à grains riziformes. Cette tumeur détermine une gêne notable dans les mouvements des trois derniers doigts. M. Schwartz fait à la partie antibrachiale une incision de 3 centimètres, par laquelle il évacue le contenu de la synoviale. Il fait le lavage phéniqué, le curettage, place un tube en aluminium dans la plaie pour en faire le drainage et applique le pansement de Lister. Il ne se produit aucune réaction locale. Le tube fut retiré le quinzième jour, sans qu'il se soit montré dans la plaie aucune trace de suppuration. A cette époque, les mouvements des doigts commençaient à être possibles. Toutefois la cicatrisation ne fut complète qu'au bout de 4 mois, car il persista une fistule qui donnait issue à de la sérosité. La guérison fut constatée un an encore après l'opération. Les fonctions des doigts sont conservées: il n'est resté de l'affection qu'un peu d'induration.

Incision unique. — Lavages phéniqués. — Curettage. — Drainage. — Pansement de Lister. — Cette observation, quoique postérieure à la précédente, ne l'égale pas comme manuel opératoire (1), et quoiqu'on pratique le curettage, ne lui est pas non plus supérieure comme résultats.

(1) L'incision unique est pour nous inférieure au procédé d'incision multiple qui favorise au plus haut point le lavage et le curettage.

Si nous y voyons, en effet, les lavages phéniqués, le curettage, le drainage, le pansement de Lister, nous y retrouvons l'incision unique, qui rend le curettage, le lavage et le drainage plus difficiles, et l'absence de sutures.

Quoiqu'il n'y ait pas d'inflammation, grâce à la fistule, la guérison est aussi longue.

Toutefois cette observation sert à réfuter les idées de Desprès qui prétendait qu'une guérison obtenue sans suppuration ne pouvait durer plus d'un an sans récidive.

OBSERVATION VIII

Extrait du *Bulletin de la Société de Chirurgie. Année 1886.* — Séance du 1^{er} décembre

Synovite tendineuse à grains riziformes et à fongosités. — Incision. — Curettage. — Drainage. — Guérison.

Dans cette séance de la Société de chirurgie de Paris, M. le docteur Terrillon présente un malade qu'il a opéré avec succès d'un kyste synovial de la gaine du long fléchisseur du pouce, contenant des grains riziformes et des fongosités en grand nombre. L'incision donna issue à un liquide visqueux et à 12 grains riziformes. Le râclage à la curette en ramena autant et un grand nombre de fongosités. Ces fongosités furent enlevées, de même celles du tendon qui fut cureté. La cavité fut essuyée avec des éponges imbibées d'une solution de sublimé. On établit ensuite le drainage, et la plaie fut suturée au catgut. On applique par-dessus les sutures un pansement iodoformé.

La guérison eut lieu en 15 jours sans qu'il y ait eu trace de suppuration.

On fit du massage pour aider au rétablissement des mouvements.

L'examen histologique n'a pu arriver à déceler la présence du bacille de Koch. — Jusqu'à ce jour l'inoculation aux lapins n'avait donné aucun résultat.

Dans la séance du 19 décembre 1888, M. Terrillon, rappelant le cas précédent, annonce que les lapins inoculés sont morts de tuberculose plusieurs mois après l'expérience. Le malade est bien portant. Pour pouvoir affirmer la nature tuberculeuse de l'affection, il faut donc pratiquer des inoculations.

Incision antiseptique. — Curettage. — Lavage au sublimé. — Drainage. — Suture au catgut. — Pansement iodoformé. — Le manuel opératoire, surtout pour le pansement et les sutures, a notablement changé. Remarquons d'abord qu'avec les grains se trouvent des fongosités. Les grains sont relativement peu nombreux. La présence des fongosités oblige au curettage, non seulement de la poche, mais même des tendons. En effet l'ancien procédé qui consistait à raboter, pour ainsi dire, la poche avec le drain pour enlever les grains encore adhérents, ou le nettoyage au doigt, n'auraient pu suffire ici. Le lavage avec des éponges de sublimé a remplacé les injections phéniquées, le catgut a remplacé le fil d'argent, le pansement iodoformé le pansement de Lister.

Notons enfin le massage pour aider le retour des mouvements et l'utilité de cette observation au point de la recherche de la nature des synovites.

OBSERVATION IX

Extraite de la *Revue de Chirurgie*, année 1885. — *De l'Incision antiseptique des kystes à grains riziformes*, par le docteur Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Obs. II (due à l'obligeance de M. le docteur Jules Bœckel).

Incision antibrachiale antiseptique. Curettage. — Cautérisation avec le chlorure de zinc à 4/10. — Sutures. — Drainage. — Pansement iodoformé.

M^{me} Th..., 42 ans, entre le 29 mars 1884, à l'hôpital de Strasbourg, salle 103, n° 10. Elle porte, dans la paume de la main et sur la face palmaire de l'avant-bras, une tumeur dont le début remonte à 8 mois, et qui semble s'être développée sous l'influence des efforts répétés auxquels l'obligeaient les travaux de sa ferme. Depuis 3 mois, cette tumeur a pris un accroissement tel que la malade peut à peine fléchir les doigts; occupant manifestement la gaine des fléchisseurs, elle

affecte la forme d'un sablier, c'est-à-dire qu'elle présente deux prolongements oblongs : l'un à la paume de la main, s'étendant jusque la tête des métacarpiens ; l'autre, à la région antibrachiale, remontant à quatre travers de doigts au-dessus de l'interligne articulaire. La portion rétrécie se trouve située sous le ligament annulaire du carpe. La fluctuation y est évidente. Par la pression, on fait refluer son contenu dans la paume vers l'avant-bras, et *vice versa*. Ce reflux s'accompagne de la crépitation caractéristique des kystes à grains riziformes.

Opération le 31 mars. — Spray phéniqué. Pas d'application de la bande d'Esmarch. Une incision de 4 centimètres est faite à l'avant-bras, sur la partie saillante de la tumeur. Elle donne issue à une certaine quantité de liquide visqueux, transparent, légèrement jaunâtre, et à une série de corpuscules blanchâtres, allongés, mesurant environ 4 millimètres de longueur sur 2 millimètres de largeur. En exerçant une légère pression sur le prolongement palmaire de la tumeur, on arrive à exprimer une nouvelle série de grains analogues. Introduisant une cuiller tranchante dans la plaie, M. J. Bœckel racle la surface interne du kyste, et amène au dehors une cinquantaine de nouveaux corpuscules. Il modifie ensuite la paroi de la tumeur à l'aide d'une petite éponge imbibée de chlorure de zinc à 1/10, qu'il promène rapidement à sa surface. Cinq points de suture sont placés, ainsi qu'un bout de tube à drainage, qui s'enfonce jusqu'au niveau du ligament annulaire. Pansement compressif avec de la gaze iodoformée et du coton hydrophile. Immobilisation du membre sur une attelle, garnie d'ouate et de gutta-percha. T. s. 37,4.

4^{er} avril. — T. m. 37, 3. T. s. 37,6.

2 avril. — T. m. 37. T. s. 37,3.

3 avril. — T. m. 37,3. T. s. 37,6.

Premier pansement, enlèvement du tube et de l'attelle. Pansement *ut supra* avec une bande de tarlatane qui assure suffisamment l'immobilisation. Pas une goutte de pus.

9 avril. — Second pansement. Enlèvement des points de suture.

La plaie est réunie sauf au niveau du tube où il existe un bourgeon charnu.

Le malade peut déjà fléchir les doigts dans une certaine mesure.

On fait un pansement de précaution légèrement compressif.

12 avril. — Exact.

15 octobre. — Six mois après, le malade est revue. On constate que le kyste ne s'est pas reproduit et que la guérison s'est maintenue.

Les mouvements sont libres et l'opérée se sert activement de sa main.

OBSERVATION X

(Résumée). Extraite du *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1889.
26 décembre. Communication de M. Jalaguier.

Kyste contenant des grains riziformes et des fongosités.

Dans cette séance de la Société de Chirurgie, M. Jalaguier rapporte qu'il a opéré un kyste à grains riziformes de la paume de la main droite chez une femme de 50 ans.

La malade ne présentait aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel. Ce kyste produisait des douleurs et des troubles dans les mouvements de la main et des doigts. Il était formé de deux poches, l'une occupant la paume de la main et l'autre le poignet. L'opération choisie fut l'*incision*.

Elle fut pratiquée le 16 avril 1886. Elle permit de reconnaître que tandis que la première poche, celle de la paume de la main, renfermait des grains riziformes, l'autre ne renfermait que des fongosités. A la suite de l'incision on fit le *curettage* pour enlever ces fongosités, on cautérisa la surface de la poche avec le *chlorure de zinc* à 1/10, et on opéra la suture de la plaie tout en établissant le drainage. Puis on fit un pansement iodoformé. La réunion et la guérison étaient complètes le 25 avril.

Examen histologique. — Au microscope il a été impossible de déceler dans les grains riziformes la présence du bacille de Koch. Mais des inoculations faites avec des fragments des grains riziformes et de la paroi du kyste ont été toutes positives. Quelques mois après, d'ailleurs, des tubercules se développaient dans les poumons du malade opéré, et il présentait des ganglions à l'aisselle.

Incision antiseptique. — Curettage. — Cautérisation au chlorure de zinc à 1/10. — Suture et drainage. — Pansement iodoformé. — Nous réunissons ces deux observations parce qu'elles se ressemblent beaucoup au point de vue opératoire, quoique la première, empruntée au travail de M. le professeur Weiss, soit bien antérieure à la deuxième.

Dans la seconde nous trouvons encore des grains riziformes et des fongosités, mais ils ne sont pas mé-

langés ; les fongosités sont dans une des moitiés du bissac, les grains riziformes dans l'autre. Le perfectionnement apporté est la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc à 1/10 pour déterminer un tissu de sclérose qui englobe les nodules tuberculeux et modifie favorablement la paroi. La guérison est rapide et la deuxième observation a aussi son importance à cause du résultat positif des inoculations.

Notons une fois de plus l'heureuse influence de l'antisepsie dans l'intervention chirurgicale pour la cure des synovites tendineuses d'origine tuberculeuse.

Terminons ce chapitre d'incision et de curetage par les observations suivantes empruntées au service de M. le professeur Gross. Nous y verrons deux cas de guérison rapide par l'incision double : 1° dans un cas de synovite fongueuse suppurée avec cautérisation au chlorure de zinc, 2° dans un cas de synovite à grains riziformes avec les lavages phéniqués.

OBSERVATION XI (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Gross.

Synovite à grains riziformes. — Incision antiseptique double. — Lavages phéniqués. — Suture et drainage. — Pansement iodoformé.

Le nommé X..., âgé de 27 ans, cultivateur, entre à la clinique le 3 juin 1892. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. N'a jamais été malade, a fait son service militaire. Il souffre depuis plus d'un an de la main droite.

Il a essayé en vain de nombreuses applications de teinture d'iode, de vésicatoires, la compression élastique, etc., enfin tous les moyens médicaux habituels.

Etat actuel. — On constate à la main droite la présence d'une tuméfaction occupant le creux de la main et l'éminence hypothénar, s'étendant sur l'avant-bras jusqu'au dessus du ligament annulaire

du carpe. La tumeur est nettement limitée et représente la forme de la gaine synoviale injectée.

Fluctuation en bissac par dessous le ligament annulaire. Le bruit de frottement indique la présence de corps libres.

Les doigts sont en demi-flexion, l'extension complète est impossible.

Opération le 30 juin. — Chloroformisation, antisepsie, application de la bande d'Esmarch.

1^{re} incision sur la partie saillante de la tumeur palmaire, le long du bord interne de l'éminence hypothénar. On découvre la tumeur que l'on incise. Issue d'une quantité considérable de gros corps aplatis de 2 millimètres à 2 millimètres et demi de longueur.

2^e incision sur la tumeur antibrachiale. Evacuation d'une certaine quantité de corps. Lavage de la gaine à l'eau phéniquée forte. Une tresse de crins de Florence est passée de part en part d'une incision à l'autre. Suture au crin de Florence des incisions.

Pansement compressif à la gaze iodoformée et au coton hydrophile.

Apyrexie complète. Suites opératoires simples. Les crins sont retirés le huitième jour.

Quelques jours après, la cicatrisation est achevée. Les mouvements des doigts sont à peu près libres, très peu gênés.

OBSERVATION XII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Gross.

Synovite fongueuse suppurée.

Incision double. — Curettage. — Cautérisation au chlorure de zinc. — Drainage et suture. — Pansement iodoformé.

La nommée M..., 37 ans, domestique de ferme, en service à Cus-tines, se présente à la clinique en juin 1889. C'est une fille bien por-tante d'ailleurs, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui, depuis 6 mois, souffre d'une tuméfaction à la main droite, et ne peut plus faire son travail. Il y a trois mois la tuméfaction a augmenté principalement du côté de la paume de la main, les douleurs sont devenues plus intenses, de la rougeur a apparue et bientôt un petit abcès s'est ouvert.

A son entrée, on constate à la main droite de la malade une tumé-faction du creux de la main et de l'éminence hypothénar, et sur son côté médian une petite fistule fongueuse. La tuméfaction s'étend

au-dessus du ligament palmaire, vers la région antibrachiale, où elle forme une saillie bien limitée, nettement circonscrite, à extrémité supérieure arrondie. Une pression légère exercée sur la saillie antibrachiale détermine l'écoulement d'une petite quantité de sérosité purulente par la fistule palmaire. Une bougie, introduite par cette fistule, pénètre, par dessous le ligament palmaire, dans la poche antibrachiale. Les manœuvres de la main sont libres, aucune tuméfaction à la face dorsale. Les doigts, légèrement fléchis, s'étendent difficilement. Leurs mouvements paraissent limités.

Le diagnostic est évident ; il s'agit d'une synovite fongueuse suppurée de la grande synoviale tendineuse interne du poignet et de la main.

Opération. — Le 25 mai, après chloroformisation, antisepsie et application de la bande d'Esmarch, on pratique une incision du cul-de-sac supérieur de la gaine entre la saillie du cubital antérieur et les tendons des fléchisseurs. Par l'incision on introduit une petite curette et, on pratique le curettage de la partie correspondante de la gaine. La fistule est débridée et la curette, enfoncée plus profondément, pénètre dans la poche palmaire qui est soigneusement curettée. Lorsqu'elle ne ramène plus de fongosités, la gaine est touchée avec la solution de chlorure de zinc à 1/10. Une tresse de crins de Florence est introduite de part en part dans la gaine et l'incision antibrachiale suturée, sauf au point de passage des crins. Enfin, un pansement compressif est appliqué à la gaze iodoformée et au coton hydrophile.

Les suites opératoires ont été simples. Les crins ont été successivement retirés à partir du huitième jour et, au bout de trois semaines, la cicatrisation était achevée. Les manœuvres de flexion et d'extension des doigts étaient encore limitées. On conseilla à l'opérée de faire des efforts modérés et progressifs d'extension. Elle s'est représentée au service plus tard, les mouvements se faisaient mieux, pas complètement encore.

OBSERVATION XIII

Extrait de la *Revue médicale de l'Est*, année 1885. Deux observations de synovite tendineuse tuberculeuse. Communication à la *Société de médecine*, par le professeur Gross.

Synovite fongueuse tuberculeuse de la gaine des tendons des muscles fléchisseurs des doigts de la main droite.

Incision antiseptique double. — Curettage. — Lavages phéniqués.

— *Cautérisation avec le chlorure de zinc à 1/10.* — *Suture.* — *Drainage.* — *Poudre d'iodoforme et pansement de Lister.* — *Récidive.* — *Cautérisations diverses.* — *Thermo-cautérisation.* — *Gué-rison.*

Le 12 février 1884, M^{me} X... vint me consulter pour son jeune garçon âgé de 5 ans. L'enfant a bonne mine, il est blond, a la face colorée et n'a jamais été malade. Il est le plus jeune de trois enfants, ses deux frères sont bien portants. La mère jouit d'une bonne santé habituelle, le père est mort d'une paralysie générale. Du côté des ascendants, pas de maladie diathésique connue. Une cousine du petit malade souffre depuis trois ans d'une tumeur blanche du genou et est traitée par une des illustrations chirurgicales de la capitale.

Il y a trois semaines, dit la mère, l'enfant a eu la main droite foulée et depuis ce moment il en souffre. Peu de jours après l'accident on aperçut du gonflement, de la rougeur, et le médecin consulté, croyant à un phlegmon de la main, conseilla d'abord des cataplasmes. Quelques jours plus tard, il pratiqua une incision par laquelle, au lieu de pus, il ne s'écoula, au dire de la mère, que du sang. Ne voyant survenir aucune amélioration, M^{me} X... m'amena son enfant.

Voici le résultat de mon premier examen : A la face palmaire de la main droite, tuméfaction considérable, rougeur intense des téguments ; une première ulcération des dimensions d'une pièce de 1 fr. au centre de la région hypothénar ; une deuxième ulcération au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt, se prolongeant en avant sur la première phalange de ce doigt ; enfin, une troisième ulcération sur la face antérieure de la deuxième phalange du même doigt ; les trois ulcérations offrent un aspect fongueux de mauvaise nature et saignent avec la plus grande facilité. Toute la région paraît douloureuse. Le gonflement est mal limité ; il occupe toute l'étendue de la paume et s'étend vers la partie inférieure de l'avant-bras ; en cette région les téguments reprennent leur aspect normal ; la tuméfaction, nettement circonscrite au côté cubital, s'arrête brusquement à un bon travers de doigt au-dessus du poignet. La consistance des parties tuméfiées est élastique, résistante, nulle part fluctuante ; les ulcérations de la paume et du doigt laissent suinter une petite quantité de pus mal lié, qui salit la région, l'irrite, et a occasionné des excoriations nombreuses. Les 4^e, 3^e, 2^e et 1^{er} doigts ne présentent aucune altération, le squelette de la main et de l'avant-bras est intact ; leurs mouvements toutefois

sont très gênés, ceux du doigt sont extrêmement limités, tant à cause de la douleur qu'ils occasionnent qu'à cause de la tension des parties. — Rien à noter du côté de l'état général du petit malade; celui-ci a bon appétit, ne souffre plus guère, « depuis que son mal suppure »; avant cela il ne dormait pas, aujourd'hui le sommeil est revenu.....

Après quelques tentatives absolument infructueuses avec l'iodoforme, le vin aromatique, la teinture d'iode, la solution de nitrate d'argent, employés des manières les plus diverses, je pratique, le 8 mars, l'incision antiseptique et le curage de la gaine malade.

Le petit malade est chloroformé et, après lavages antiseptiques et application de la bande d'Esmarch, j'ouvre largement la gaine synoviale des fléchisseurs communs, d'une part, à la paume de la main, d'autre part, à l'avant-bras, par deux incisions pratiquées, la première au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et s'étendant vers la paume parallèlement à la direction du tendon du fléchisseur du cinquième doigt; la seconde au-dessus du ligament annulaire du carpe, sur le côté cubital des tendons fléchisseurs. Procédant ensuite par expression et à l'aide d'une petite curette de Volkmann, j'enlève la masse des fongosités remplissant et dilatant la gaine. J'ai pu m'assurer pendant l'opération que les fongosités existaient, non pas seulement dans la gaine synoviale, mais qu'elles avaient perforé les parois synoviales en plusieurs points et avaient envahi le tissu cellulaire de la paume de la main. Les tendons ont paru intacts, autant qu'il a été possible d'en juger par les portions qui ont été vues dans l'incision.

Le curage intra et péri-synovial terminé, l'intérieur de la gaine est touché avec une petite éponge, trempée dans le chlorure de zinc au 10°, puis lavé avec la solution phéniquée forte. Après excision de quelques lamelles épidermiques décollées, les incisions sont suturées avec du fil d'argent fin, et deux petits drains sont introduits, l'un par l'incision palmaire et enfoncé vers la paume, l'autre par l'incision à l'avant-bras dans une direction inverse du premier, c'est-à-dire de haut en bas, vers l'extrémité du membre. Application d'une petite quantité d'iodoforme sur les lignes de suture; pansement de Lister, compression avec une éponge élastique et du coton salicylé. Immobilisation par une gouttière plâtrée.

Les masses fongueuses extirpées ont été étudiées et analysées au microscope par M. Bauquel, interne des hôpitaux. L'analyse histologique y a fait découvrir la présence de granulations tuberculeuses et de bacilles. Certes, il est regrettable que la nature infectieuse des

fongosités n'ait pu être démontrée par l'inoculation sur quelques animaux. Quoi qu'il en soit, le résultat de l'analyse anatomo-pathologique me paraît suffire pour démontrer la nature tuberculeuse de la lésion.

Les résultats immédiats de l'opération ont été excellents. Non-seulement il n'y a eu aucune réaction fébrile, mais encore la réunion primitive s'est opérée dans la plus grande étendue de la plaie. Le petit malade n'est pas resté un seul jour au lit. Malheureusement le succès opératoire a été trompeur et au bout de la première quinzaine déjà, des signes non douteux d'une récurrence se montrèrent. Les parties, qui semblaient définitivement recollées et adhérer ensemble, se sont de nouveau disjointes, désunies; l'état fongueux réapparut; enfin, une nouvelle poussée de fongosités s'est faite, puis ouverte dans la direction de l'éminence thénar, une autre vers l'espace interdigital des deuxième et troisième doigts. Le pronostic, déjà assez sérieux, devint à ce moment réellement grave. Il était permis de songer sérieusement à l'amputation de la main. Heureusement l'état général du petit malade est resté satisfaisant. On eut recours successivement au traitement local par les cautérisations au nitrate d'argent et au crayon d'iodoforme, au traitement général reconstituant le plus sévère, par l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, le phosphate de chaux, l'arséniate de soude, etc. Après avoir essayé toute la série de ces topiques, j'eus recours à la thermo-cautérisation.

Tous les huit jours, la pointe à ignipuncture du thermo-cautère fut enfoncée dans les différentes ouvertures de la main et du poignet. Peu à peu les fongosités s'affaissèrent, pâlirent et les différents trajets et orifices s'oblitérèrent successivement.

A trois reprises différentes, on observa encore de sérieux retours du mal. Vers la fin d'octobre, la guérison était obtenue et, résultat digne d'attention assurément, elle s'est faite avec une parfaite conservation de tous les mouvements des doigts.

Incision antiseptique double. — Curettage. — Lavages phéniqués. — Cautérisation avec le chlorure de zinc à 1/10. — Suture, deux drains. — Poudre d'iodoforme. — Pansement de Lister. — Récurrence. — Cautérisations diverses. — Thermocaustérisation. — Guérison. — C'est à cette observation que nous faisons allusion plus haut quand nous parlons de l'ignipunc-

ture profonde de Duplouty. Ce n'est guère, en effet, que par cette intervention supplémentaire qu'elle diffère des précédentes, mais remarquons qu'elle a eu le résultat le plus heureux dans un cas très grave en somme. Car on avait affaire à une synovite fongueuse présentant trois ulcérations.

On ne pouvait songer à une intervention autre que l'incision et le curettage. Notons qu'ici l'incision est double, procédé qui, pour nous, est préférable à l'incision unique, dans l'une comme dans l'autre forme de synovite tuberculeuse, à cause du nettoyage et du drainage plus facilement complets de la cavité kystique.

Remarquons aussi l'extension de l'affection rompant la synoviaie et s'étendant au tissu cellulaire, extension que, plus haut, nous avons signalée comme possible.

Enfin, l'examen microscopique a démontré, une fois de plus encore, la nature du mal.

c) *Incision et Section du Ligament annulaire.*

Nous notons rapidement ce dernier mode de l'incision, dont nous n'avons aucune observation et que nous n'avons vu mentionné qu'une seule fois dans la *Revue de Chirurgie*, 1882. (*Opération pour la guérison des épanchements des synoviales du poignet*, par J.-E. Copeland, de Rectortown (Virginie). « Cette opération a été pratiquée par Syme il y a plus de trente ans. Syme se demande si l'anneau fibreux n'est pas la cause de la persistance des accidents. Il pratique la section complète dans un cas qui date de deux ans. Au bout de peu de temps, le malade reprend

l'usage de sa main. La guérison se maintint. Il cite un cas analogue. L'affection datait de dix-sept ans : section du ligament annulaire, au bout de six semaines, guérison complète ; auparavant, tous les moyens ordinaires avaient été employés sans amener aucune amélioration. »

Cette section du ligament annulaire est parfois nécessaire pour faire un curettage complet, mais il faut autant que possible s'en dispenser, ou alors pratiquer, après, la suture du ligament, à cause de la gêne produite pour la flexion par l'absence de cette sorte de poulie sur laquelle glissent les tendons.

d) *Injectons modificatrices et interstitielles.*

Méthode de Lannelongue.

Nous avons vu que pour les synovites à grains riziformes l'incision est indispensable pour évacuer ces corps étrangers. Mais supposons une synovite fongueuse. Les solutions modificatrices dont nous venons de parler, introduites dans la synoviale sous forme d'injection interstitielle, ne pourraient-elles avoir le même effet favorable et dispenser de l'intervention sanglante ?

Ce mode de traitement, jusqu'aujourd'hui, est appliqué surtout pour les tumeurs blanches des articulations. Nous n'en avons pas trouvé d'observations dans le cas de synovite tendineuse, toutefois on peut le proposer. « Ici, comme dans l'adénite tuberculeuse, les injections interstitielles, dès longtemps préconisées, provoquent dans quelques cas une inflammation franche, la résorption des produits tuberculeux et une sclérose curatrice. On a utilisé la teinture d'iode

à la dose de quatre à cinq gouttes, injectées tous les deux ou trois jours avec la seringue de Pravaz, dans le tissu même des fongosités. — La solution de sulfate de zinc à 1/10, employée par le professeur Le Fort dans certains cas de tumeur blanche (injection de 8 à 16 gouttes d'une solution additionnée de trois fois son volume d'alcool). — La solution de chlorure de zinc au 1/10 (Lannelongue). — La solution phéniquée au 40°. — La liqueur de Fowler. — Enfin, l'éther ou la glycérine iodoformés.

Cette dernière méthode, que le professeur Mickulicz avait appliquée aux arthrites fongueuses, a été inaugurée par le professeur Verneuil, en France, par le professeur Mosetig von Moorhof, à Vienne. M. Verneuil se sert d'une solution éthérée à 5 0/0. Les injections sont pratiquées dans l'épaisseur même de la tumeur fongueuse et l'on y fait pénétrer à chaque reprise une demi seringue ou une seringue du liquide iodoformé. La cure est de plusieurs mois. Elle réussit surtout dans les synovites peu anciennes, où le tissu des fongosités, encore jeune et vasculaire, se prête bien à la résorption des éléments tuberculeux et à un processus actif de transformation. Ces injections iodoformées sont de nature à remplacer avantageusement l'ignipuncture.... mais il n'est pas rare que ce traitement local intervienne trop tard pour enrayer la marche de la synovite tuberculeuse, il faut alors, sans perdre de temps, recourir aux méthodes sanglantes. » On comprend que les succès obtenus dans le traitement d'autres tuberculoses locales, notamment des abcès froids, aient suggéré à certains chirurgiens l'idée de les appliquer au traitement des

synovites tuberculeuses. Un certain nombre d'observations a été publié, paraît-il, quelques-unes suivies de succès.

La méthode de Lannelongue, que nous avons citée plus haut, diffère des précédentes en ce que les injections ne sont pas faites dans le tissu même des fongosités, mais autour d'elles, dans le tissu sain, de façon à former autour du tissu pathologique une sorte de muraille qui l'empêche et de s'étendre et de se nourrir. « La méthode sclérogène a pour but la transformation des produits tuberculeux eux-mêmes, c'est-à-dire des tissus au sein desquels se sont formés les tubercules. Pour cela, on atteint par les injections de chlorure de zinc dans les tissus sains les sources vasculaires qui alimentent les synoviales, et on crée un terrain nouveau, de contexture fibreuse, qui va servir de matrice à la transformation des synoviales fongueuses et des foyers tuberculeux. Ce terrain, fabriqué de toutes pièces par la réaction provoquée par le chlorure de zinc, est constitué tout d'abord par un nombre incalculable d'éléments embryonnaires, qui ne tardent pas à former une trame fibreuse plus ou moins épaisse et plus ou moins large autour du tissu morbide. Il se fait là un véritable tissu lardacé, dans lequel un très grand nombre de vaisseaux sanguins sont oblitérés ou rétrécis, et où les lymphatiques paraissent eux-mêmes faire défaut. Cette gangue est donc, en raison même de sa structure, peu favorable à l'infection tuberculeuse, puisque les vaisseaux lymphatiques, qui contribuent le plus à l'infection bacillaire, sont oblitérés ou détruits, et elle oppose à son tour une résistance très grande à

l'envahissement par continuité du tissu..... Mais bientôt la transformation va s'étendre au néoplasme tuberculeux lui-même, si toutefois celui-ci n'est pas dans une phase de régression trop avancée. Entourés de tous les côtés par le terrain fabriqué, les foyers pathologiques, qui ne tirent leur nutrition que de ce tissu, sont à leur tour envahis par les éléments embryonnaires. De plus, les vaisseaux y sont ou oblitérés ou très rétrécis par un travail inflammatoire de leur paroi, qui s'étend souvent à une distance très éloignée du lieu d'application du médicament. Ce trouble tout spécial amène une modification profonde dans la constitution des synoviales; elles s'épaississent en s'indurant ou en prenant une consistance élastique. La mollesse des fongosités disparaît et les synoviales deviennent parfois de véritables fibromes. » Congrès français de Chirurgie, 6^e session. Paris 1892. Séance du 18 avril. — (*De la méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses*, par le Dr Lannelongue). — Tel est le principe de la méthode. Nous ne croyons pas qu'elle ait jamais été appliquée au traitement de la tuberculose des synoviales tendineuses, quoiqu'elle ait donné des succès dans d'autres tuberculoses locales. On peut cependant la proposer, et on pourrait l'expérimenter. Voici la technique de Lannelongue. « Sauf quelques régions exceptionnelles, je ne me sers plus que de solutions à 1/10 et j'en dépose 3 ou 4 gouttes environ sur un point déterminé. Je renouvelle les piqûres pour les autres points où je mets le médicament, car je ne me sers pas de la même piqûre pour injecter des points différents en variant l'inclinaison de l'aiguille.... Actuellement je

cherche autant que possible à obtenir la transformation totale de la synoviale en une seule séance.... Je ne pratique plus qu'une seule série de piqûres que je multiplie beaucoup. Ainsi, j'injecte facilement aujourd'hui de 30 à 40 gouttes d'une solution à 1/10.... Lorsque la transformation n'est pas obtenue en une seule séance, il y a lieu de renouveler les injections au bout de quinze jours ou trois semaines.... Ce n'est guère qu'après ce temps qu'on peut reconnaître qu'il y a une région, par exemple, qui n'a subi qu'une transformation incomplète. » (Ibidem).

Lannelongue ajoute aux injections l'immobilisation et la compression.

II. — EXCISION.

a) *Excision partielle.*

L'excision partielle est une opération de transition entre l'incision antiseptique et l'excision complète ou ablation. Ce n'est pas une opération bien réglée et comme on pourra le voir en lisant les deux observations suivantes, les opérateurs qui l'ont pratiquée avaient tout d'abord l'intention d'appliquer l'incision antiseptique. Dans la première, observation XIV, nous voyons le docteur Humbert pratiquer l'excision des deux lèvres de la poche, parce qu'elles sont exubérantes, mais pour ce seul motif. Il reste quand même de la synoviale qui peut être atteinte de tuberculose et l'opération n'est pas supérieure à l'incision antiseptique.

La seconde est plus intéressante. C'est encore l'incision antiseptique qui avait été choisie comme pro-

cédé opératoire. Nous y trouvons une des difficultés que nous aurons à signaler pour l'extirpation des synovites de la face palmaire, la présence de l'arcade palmaire superficielle, et comme autre point intéressant, la suture des tendons des fléchisseurs du petit doigt détruits au tendon de l'annulaire, ce qui permettra au malade de conserver l'usage de sa main.

Remarquons enfin que la gaine des fléchisseurs du petit doigt fut enlevée et que la guérison se fit rapidement, par première intention, en dix-huit jours.

OBSERVATION XIV

Extraite d'un rapport de M. Nicaise, présenté à la Société chirurgicale de Paris, en 1882, sur un cas opéré par M. le docteur Humbert.

Kyste tendineux à grains riziformes. — Incision. — Excision partielle. — Traitement antiseptique. — Guérison.

Cette observation est celle d'une femme de 27 ans, cuisinière, qui présente une synovite à grains riziformes de la synoviale des fléchisseurs des doigts. La tumeur présente l'aspect caractéristique en bissac, étranglée qu'elle est en son milieu par le ligament annulaire. Elle cause de la gêne dans les mouvements des doigts, mais ne produit aucune douleur. La malade est opérée le 1^{er} août 1882. On pratique l'incision qui intéresse uniquement le cul-de-sac palmaire et respecte le cul-de-sac supérieur. On tombe sur une poche épaissie (3 à 4 millimètres d'épaisseur), dense, fibreuse, qui contient des corps lenticulaires. Cinq ou six de ces corps sont pédiculés. Par l'incision, on fait dans la synoviale malade deux injections phéniquées. Comme les deux lèvres de la poche sont exubérantes, on en pratique l'excision. Le drainage est établi, suivi d'un pansement compressif et la main est immobilisée dans une gouttière. Le drain est enlevé le lendemain de l'opération et on fait un nouveau pansement. La plaie bourgeonne et se cicatrise lentement. Quinze jours après l'opération, on applique le pansement ouaté. La guérison a été parfaite.

OBSERVATION XV

Extraite du *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, année 1889.

*Synovite de la gaine des fléchisseurs, guérie par l'incision. —
Excision partielle.*

M. Delorme, médecin militaire au Val-de-Grâce, expose ce cas de synovite fongueuse et suppurée de la paume de la main droite. L'opération pratiquée fut l'incision. Elle fut commencée à six centimètres au-dessus du poignet et prolongée jusqu'à l'extrémité du petit doigt. Les fongosités recouvrent les tendons, s'insinuent entre eux jusqu'à la profondeur et tapissent le plan carpien. On pratique l'ablation de ces fongosités. Cette opération nécessita la section de l'arcade palmaire superficielle. Aucun filet nerveux ne fut blessé. Les tendons des fléchisseurs du petit doigt étaient détruits sur une certaine longueur. Ils furent suturés à celui de l'annulaire. La gaine des fléchisseurs du petit doigt fut enlevée. La guérison se fit par première intention en dix-huit jours. La cicatrice est à peine déprimée et la main vigoureuse.

b) *Extirpation totale.*

Nous avons vu, à travers tous ses perfectionnements successifs, l'incision antiseptique arriver à nous donner tout ce qu'elle pouvait nous donner. Les accidents de suppuration et d'infection sont supprimés ; la main ne reste plus en griffe, on obtient le retour complet des mouvements des doigts. La récurrence néanmoins, quoique beaucoup moins à craindre, peut se produire encore, car on laisse en somme autour des tendons cette masse qui souvent est assez volumineuse pour produire une sorte d'empâtement, cette synoviale épaissie, qui malgré les curettages et les cautérisations au chlorure de zinc peut recéler encore des colonies tuberculeuses et cette récurrence peut avoir tous les dangers de l'affection primitive. Aussi à cette époque où la cure radicale de toutes les tuberculoses

locales par l'extirpation complète est tentée par tous les chirurgiens, est-il naturel de tenter la même intervention pour les gaines tendineuses atteintes de la tuberculose. On n'est pas sûr de détruire par le curetage, les caustiques, toutes les productions tuberculeuses que renferme la gaine ? Pratiquons l'extirpation complète de cette enveloppe suspecte, car nous savons que la présence dans un tissu, un organe, d'une masse si minime qu'elle soit de tubercules ou de bacilles est une menace constante pour ce tissu ou cet organe.

On a fait à ce traitement des synovites tendineuses tuberculeuses par l'extirpation de nombreuses objections. On a dit : cette extirpation complète est impossible. Il restera toujours, surtout sur les tendons et principalement sur le ligament annulaire où les adhérences sont plus solides, des résidus de la synoviale qui reproduiront l'affection première. Vous ne pourrez jamais faire qu'une excision partielle, presque complète peut-être, mais jamais une extirpation totale.

Les expériences d'injections des gaines par les anatomistes ont eu raison de cette objection ; on a pu parfaitement disséquer et isoler des gaines injectées, et des gaines normales ; ce sera donc d'autant plus facile sur des gaines que nous savons épaissies, résistantes et que l'on risque fort peu de crever.

On a dit aussi : en supprimant la synoviale, vous compromettez le retour des mouvements, il va se former des adhérences entre les tendons et la peau. A cette objection c'est l'expérience qui tout à l'heure va répondre par les résultats que donne le traitement.

Il est vrai que l'opération à la partie dorsale où ne se trouve aucun organe important est beaucoup plus facile qu'à la face palmaire où nous trouvons l'arcade palmaire superficielle, le nerf médian et ses branches terminales qu'il faut respecter, mais nous verrons qu'elle est possible quand même, et avec succès.

Avant la période antiseptique l'extirpation avait été pratiquée déjà par Warner, Lenoir (1851), avec succès, mais c'était alors une grande hardiesse et un grand hasard. C'était déjà l'opération la plus certaine, exempte qu'elle était de récidives, mais considérée comme plus grave encore que l'incision, exposant plus qu'elle encore à la suppuration du poignet tout entier. Ici comme partout l'antisepsie devait changer la face des choses et d'une opération dangereuse faire une intervention simple. La première observation d'extirpation antiseptique que nous trouvons est de 1881, mais nous ne la citons pas, car elle ne se rapporte pas au poignet.

Voici la seconde.

OBSERVATION XVI

Recueillie par M. le docteur Delagrangé, de Roubaix, communiquée à la Société de chirurgie de Paris, par M. A. Faucon, le 15 février 1882.

Kyste synovial tendineux du dos de la main. — Extirpation. — Section du ligament annulaire. — Guérison.

F. D..., menuisier-charpentier, à Roubaix, 34 ans. Bonne constitution. Il porte depuis 7 ans, à la face dorsale de la main gauche, un kyste synovial qui s'est développé à la suite d'un effort violent. Plusieurs médecins ont vidé à plusieurs reprises cette tumeur fort gênante, en la ponctionnant soit avec le trocart, soit avec le bistouri. Cette tumeur est fluctuante, on y sent une crépitation confuse. Elle mesure 7 centimètres de long sur 4 de large. Elle n'a pas de commu-

nication avec le poignet. Le 7 avril, M. Faucon procède à l'extirpation. Après avoir chloroformé le sujet, il applique la bande d'Esmarch, et avec toutes les précautions indiquées par Lister, il incise la peau sur toute la longueur de la tumeur. Celle-ci est disséquée et isolée. Ouverte, elle donne naissance à un liquide jaunâtre, assez épais et gluant, et à quelques grumeaux d'apparence albumineuse. Les franges synoviales très développées étaient en train de dégénérer en tissu fongueux ; le kyste est excisé jusqu'aux bords du paquet tendineux mis à nu ; le ligament dorsal du carpe est coupé et les franges à aspect fongoïde sont excisées avec le plus grand soin. On procède à la toilette de la plaie, on la tamponne avec des boulettes de coton phéniqué et on place quatre points de suture en laissant dans la plaie un séton en crin de cheval phéniqué. Le 8 avril, on fait un nouveau pansement, le malade n'a pas de fièvre. On constate un empâtement qui remonte jusque vers le coude. A partir de ce moment, la guérison s'avance, malgré un eczéma aigu qui se déclare et qu'on attribua à l'acide phéniqué qui était employé dans les pansements. Le 1^{er} octobre, les tendons extenseurs ont complètement récupéré leurs fonctions et la cicatrice, très visible, n'est aucunement adhérente à la peau, ni aux parties profondes. Le malade reprit sans la moindre peine l'exercice de son état.

Notons d'abord l'application de la bande d'Esmarch et que l'antisepsie la plus rigoureuse est de règle durant toute l'opération.

Remarquons le commencement de la dégénérescence fongueuse, l'un des caractères de la synovite à grains riziformes, celui qui le premier a mis sur la trace ceux qui recherchaient quelle était sa nature.

Le ligament dorsal est coupé et on ne mentionne pas sa suture. Nous verrons des observations où on l'incise, mais où on le suture, d'autres où on ne l'incise pas. Le séton en crin de cheval serait remplacé aujourd'hui par des crins de Florence formant un petit pinceau, et même, si l'on est sûr de son antisepsie, on n'établirait pas de drainage. Nous ne trouvons dans l'observation aucune explication de l'empâte-

ment de l'avant-bras qui est signalé. L'eczéma qui s'est produit peut être dû en effet à l'acide phénique, nous voyons tous les jours des malades dont la peau, plus ou moins délicate, ne peut supporter les antiseptiques forts. C'est cet eczéma qui, dans le cas particulier, est la cause de la longueur de la guérison, mais enfin elle s'établit *complète, avec conservation des mouvements, et sans adhérences.*

OBSERVATION XVII

Extraite du *Bulletin de la Société de chirurgie*, année 1891. Séance du 18 mars. Communication de M. Prengreuer.

Synovite à grains riziformes du dos de la main. — Ablation. — Guérison avec conservation intégrale des mouvements.

M. Prengreuer a eu l'occasion d'opérer, il y a deux ans, une malade atteinte de synovite tendineuse à grains riziformes du dos de la main. La lésion, qui présentait la forme particulière en bissac, remontait jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras et occupait le milieu du dos de la main. La synoviale, épaisse et tomenteuse, était remplie de grains riziformes.

En faisant l'ablation, on dut mettre à nu et disséquer, sur une longueur de 13 à 20 centimètres, 8 à 10 tendons extenseurs qui furent complètement séparés des tissus voisins. La peau fut ramenée sur la région suturée, et grâce à l'antisepsie la malade guérit. On craignait, à la suite de l'opération, une adhérence des tendons entravant la liberté des mouvements des tendons, ou que la maladie ne récidivât. Or la peau est aussi mobile qu'à l'état normal et les tendons fonctionnent comme si on n'avait pratiqué sur eux aucune opération. Il s'est formé aux dépens des mailles du tissu cellulaire qui environne les tendons de nouvelles gaines synoviales parfaites.

La guérison locale a été complète, sans aucune récurrence locale de la maladie.

Ce malade a actuellement une tumeur blanche du coude. Cette tumeur va être opérée.

La synoviale de la paume de la main et de l'avant-bras droit du

côté opposé est devenue à son tour le siège d'une nouvelle synovite à grains riziformes. La tuberculose s'est donc aggravée, et cependant il n'y a pas eu de récurrence locale.

Conclusions. — Il résulte de cette observation la possibilité de la dénudation complète des tendons, grâce à l'antisepsie, la guérison par première intention et la conservation des mouvements des doigts.

L'ablation d'un foyer même étendu de tuberculose peut se terminer par la guérison, même si le malade est en puissance de tuberculoses locales multiples en pleine évolution.

Nous ne trouvons dans cette observation aucune indication de ce qu'on fait du ligament annulaire du carpe. Mais nous y trouvons noté cet épaissement de la synoviale que nous avons indiqué comme facilitant la dissection.

La seconde partie répond victorieusement aux insinuations des auteurs qui prétendent que par ce procédé on aurait des adhérences, ce que craignait l'opérateur lui-même.

Guérison complète, sans accidents, rapide et sans récurrence.

OBSERVATION XVII (inédite.)

(Prise au service de clinique chirurgicale de M. le professeur Gross).

J. M..., 33 ans, cultivateur à Neuves-Maisons, entre au service de M. le professeur Gross, et occupe le lit n° 7, salle 4.

Parmi ses antécédents héréditaires, on ne note rien de particulier. Son père est mort de gastrite, sa mère d'affection cardiaque.

On ne note dans la famille aucune trace de tuberculose.

Dans ses antécédents personnels, on ne trouve aucune maladie antérieure, aucune trace de tare tuberculeuse.

État actuel. — L'affection a commencé sans phénomènes aigus il y a exactement deux ans, par un gonflement bien limité, situé à la face dorsale du poignet droit. Le malade attribue son apparition aux mouvements brusques de la main qu'il provoquait en donnant des coups de fouet.

La tuméfaction augmenta peu à peu, sans déterminer aucune douleur et l'an dernier elle avait atteint, dit-il, le volume d'une noisette. Depuis elle a presque doublé, sans provoquer aucune gêne bien notable.

A son entrée au service, le malade présente à la face dorsale du poignet et de la partie supérieure de la main droite une tuméfaction irrégulière, plus longue que large, à contours bien limités. La forme est très nette, c'est la forme en bissac des synovites de la région. Sa dimension est considérable, il existe une distension très notable de la gaine. La peau qui la recouvre est mobile sur elle et ne présente aucune trace d'inflammation. La palpation ne produit aucune douleur. Elle fait reconnaître que cette tumeur est rénitente, peu fluctuante. Elle est mobile sur les plans inférieurs et ne se réduit pas par la pression. Elle ne gêne que fort peu les mouvements des tendons extenseurs qui la déplacent légèrement.

De temps en temps, le doigt, appliqué sur cette tumeur, perçoit une sorte de crépitation très peu nette lorsque les muscles extenseurs se contractent un peu brusquement.

Opération le 15 janvier 1896. — Le malade est anesthésié à l'aide du chloroforme. On applique la bande d'Esmarch, et durant toute l'opération on applique, pour le malade, les instruments, les aides, le pansement, etc., l'antisepsie la plus rigoureuse : lavage du segment de membre à la brosse et au savon, à l'alcool, à l'éther. On l'entoure ensuite de compresses trempées dans la solution de sublimé. Les instruments ont été passés à l'étuve et plongent dans une solution antiseptique. Les mains de l'opérateur et des aides ont été soigneusement désinfectées, etc.

Une incision longitudinale est pratiquée à la partie médiane de la tumeur. Celle-ci ne présente aucune adhérence à la peau. On arrive sur sa paroi, qui est blanchâtre. Avec les ciseaux on la sépare facilement des tissus environnants qui n'ont avec elle aucune adhérence d'origine inflammatoire et on reconnaît que les tendons extenseurs la traversent complètement. Elle est donc formée par les gaines tendineuses, épaissies et volumineuses.

Il est nécessaire de l'ouvrir pour dégager les tendons. Une quantité considérable de gros grains aplatis s'en échappe aussitôt.

Puis on continue la dissection minutieuse des extrémités tendineuses dont quelques-unes ont une surface irrégulière, râpeuse, et qui indique un certain degré d'infiltration, mais comme elles ne présentent pas de fongosités, on n'en fait pas le curettage.

On laisse le ligament annulaire intact, en le décollant simplement des gaines tendineuses. La région complètement nettoyée, on fait un lavage et on suture au crin de Florence la plaie opératoire.

On applique par dessus un pansement iodoformé compressif.

18 janvier. — A part quelques douleurs insignifiantes, l'état de l'opéré ne présente rien de particulier. Il peut se lever en portant son bras en écharpe. Apyrexie complète.

23 janvier. — Le malade va toujours bien. On lui enlève le pansement. La ligne de sutures s'est parfaitement réunie par première intention. On les enlève (8^e jour).

Le malade sort avec un dernier pansement; les mouvements sont intacts.

Le malade a été revu récemment par M. le professeur Gross : la guérison avec intégrité des mouvements s'est maintenue.

Cette dernière observation nous offre l'idéal de l'intervention antiseptique simple, amenant, sans aucun accident, la guérison la plus rapide.

Ici le ligament annulaire est respecté : on se contente de décoller par dessous lui la gaine synoviale et de la retirer. Ce n'est peut-être pas toujours possible, mais en le respectant, on évite une destruction qui peut entraîner des risques d'affaiblissement dans les fonctions du poignet.

L'asepsie permet de supprimer le drain, ce qui simplifie encore l'opération, épargne un pansement et accélère la guérison.

Enfin, pas trace de fièvre. Le malade est dans un état apyrétique complet ; il n'est pas même obligé de

garder le lit. La guérison a lieu en huit jours. Les mouvements sont intacts.

L'extirpation est donc le traitement de choix. Est-ce à dire qu'elle donnera toujours et dans tous les cas la guérison ? Les observations sont encore trop peu nombreuses pour préciser sa valeur, affirmer ses résultats. Comme pour toute opération entreprise contre une lésion tuberculeuse, la récurrence sera toujours à craindre. La lésion locale peut être plus ou moins virulente, l'état infectieux de tuberculose générale plus ou moins intense, d'où des risques que le chirurgien ne peut pas toujours escompter à l'avance.

Mais toutes choses égales d'ailleurs, quelle est la valeur clinique de l'extirpation, sa valeur en comparaison des autres méthodes, et en particulier l'incision avec curettage.

Et d'abord, est-elle applicable à tous les cas ? Evidemment non. Nous avons déjà vu qu'elle est beaucoup plus difficile à la face palmaire, à cause des éléments importants qui s'y trouvent et qu'il faut autant que possible ménager.

Avons-nous affaire maintenant à une gaine qui suppure, qui a contracté avec la peau des adhérences inflammatoires, qui l'ont amincie et ulcérée ; nous sommes en présence de plusieurs fistules ; l'extirpation totale, si elle est possible, sera bien difficile et la réunion par première intention tout-à-fait problématique.

A plus forte raison laisserons-nous encore de côté l'extirpation, s'il y a des complications du côté des articulations, car dans ce cas ses chances de réussite

seront singulièrement diminuées. Elle sera inutile, peut-être impossible. L'incision et le curettage nous rendront ici plus de services.

Mais, avant de conclure, faisons un exposé rapide du manuel opératoire de l'incision antiseptique et de l'extirpation totale.

MANUEL OPÉRATOIRE

de l'Incision antiseptique et de l'Extirpation

1° Précautions antiseptiques et aseptiques habituelles rigoureuses.

2° Anesthésie.

3° Application de la bande d'Esmarch.

4° Incision des téguments au devant de la gaine et dans la direction de sa longueur. A la paume de la main, les organes à ménager sont nombreux. On fera l'ouverture antibrachiale pour la synoviale interne en dedans du tendon du palmaire grêle, en dehors de l'artère cubitale ; l'incision palmaire sera pratiquée suivant l'axe de la tumeur dans la direction du tendon fléchisseur du 5^e doigt. Pour la synoviale externe, on incisera le long du bord externe du tendon du grand palmaire en dedans de la radiale.

A la face dorsale, il n'y a pas d'organes importants à ménager, on incisera simplement suivant le grand diamètre de la tumeur à côté des tendons.

5° Incision de l'aponévrose et du ligament annulaire, si l'on ne peut s'en dispenser. A la paume de la main, section, si nécessaire, entre deux ligatures de l'arcade palmaire superficielle.

6° Mise à nu de la gaine.

a) *Incision et curettage.*

7° Incision (simple ou double) et évacuation du contenu de la gaine. A la paume de la main, éviter

de léser les branches terminales des nerfs médian et cubital.

8° Nettoyage, curettage soigné de la gaine.

9° Lavage à l'eau phéniquée.

10° Essuyer avec des tampons de gaze iodoformée ou de coton imbibé de solution de chlorure de zinc à 1/10, afin d'éviter toute chance d'infection de la plaie opératoire.

11° Drainage, sutures (ligament annulaire, aponévrose, peau), pansement iodoformé et compressif.

b) *Extirpation totale.*

7° bis. Incision et évacuation du contenu de la gaine.

8° bis. Dissection de la gaine, à la pince et aux ciseaux courbes.

Ne pas oublier les mésotendons, que l'on enlèvera à la curette, si l'on ne peut faire autrement. Si les tendons sont couverts de fongosités, les curetter. S'ils sont trop envahis, les réséquer et suturer, si possible, le bout supérieur des tendons réséqués aux tendons voisins.

9° bis. Remise en place des tendons. Si on a incisé le ligament annulaire, suture au catgut. Suture de l'aponévrose en ménageant à chaque extrémité un espace si l'on veut placer des drains, sinon suture complète.

10° bis. Suture de la peau avec ou sans drainage. Pansement iodoformé compressif.

11° bis. Enlever les fils le 8^e jour.

12° Après deux ou trois semaines, pratiquer le massage, pour aider au retour complet des mouvements.

— — — — —

TRAITEMENT GÉNÉRAL ET PROPHYLAXIE

Notre malade étant guéri localement par une intervention quelconque, devons-nous maintenant sans plus de souci l'abandonner à lui-même ? Non, car s'il n'a pas de tuberculose pulmonaire, la tuberculose locale qu'il a eue doit nous faire craindre qu'il ne la gagne et nous mettre en garde contre la maladie générale ; il faudra lui appliquer un traitement prophylactique et général. Est-il déjà en voie de généralisation tuberculeuse ? Nous lui indiquerons le traitement hygiénique et médicamenteux de la tuberculose, sur lequel nous n'avons pas à insister ici.

CONCLUSIONS

1° Le traitement des synovites tendineuses (fongueuses ou à grains riziformes) est, en somme, celui de toutes les tuberculoses locales.

2° L'extirpation de la gaine est la méthode de choix. Elle doit être pratiquée toutes les fois que les conditions locales le permettent.

3° Facile pour les gaines dorsales, l'extirpation mérite toujours la préférence pour le traitement des synovites de cette région.

4° Les difficultés d'exécution, qu'elle présente pour les gaines palmaires, la feront souvent rejeter pour cette région où l'on pratiquera de préférence l'incision et le curettage.

5° En cas de synovite suppurée avec envahissement des tissus périssynoviaux, l'incision antiseptique sera souvent le seul mode de traitement applicable.

6° Si l'on a affaire à une synovite fongueuse au début, on pourra peut-être espérer la modifier par les injections modificatrices ou sclérosantes.

7° En résumé, le traitement local doit être éclectique et basé sur les conditions locales et générales de chaque cas particulier.

8° Le traitement général de la tuberculose, toujours indispensable, sera indiqué dans tous les cas.

Vu :

Le Président de la thèse,

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 12 mai 1896.

Le Recteur,

A. GASQUET.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	1
CHAP. I ^{er} . — Historique. Nature. Anatomie pathologique.....	
Synovite fongueuse	
Synovite à grains riziformes	13
CHAP. II. — Etiologie. Lieux d'élection. Marche. Terminaison.	
Complications	23
Symptômes	28
CHAP. III. — Diagnostic et Pronostic	36
CHAP. IV. — Indications thérapeutiques.....	38
CHAP. V. — TRAITEMENT	41
A. — MÉTHODES ET PROCÉDÉS ANCIENS	41
I. — <i>Ponction</i>	45
Ponction et injection d'eau tiède. Observation I.....	46
Ponction et injection iodée.....	47
Observation II.....	48
Ponction. Injection iodée et Drainage.....	52
Ponction. Injection d'iodure de potassium à 1/10	52
II. — <i>Incision simple</i> . — Incision unique. Double	53
Incision double. Irrigation continue.....	54
Incision totale comprenant le ligament annulaire.....	54
Incision et Pansement ouaté de Guérin.....	54
B. — TRAITEMENTS ET PROCÉDÉS MODERNES.....	56
I. — <i>Incision antiseptique</i>	57
a) Incision antiseptique et lavages phéniqués.....	59
Observation III.....	59
Incision double sans sutures. Un seul drain.....	61
Observation IV.....	62
Observation V.....	64
Incision antiseptique double. Injections phéniquées. Deux drains. Pansement de Lister.....	65
Observation VI.....	66
Incision antiseptique multiple. Injection phéniquée. Suture et Drainage. Pansement de Lister.....	68

b) Incision antiseptique et Curettage.....	69
Observation VII.....	69
Incision unique. Lavages phéniqués. Curettage. Drainage.	
Pansement de Lister.....	69
Observation VIII.....	70
Incision antiseptique. Curettage. Lavage au sublimé. Drainage.	
Suture au catgut. Pansement iodoformé.....	71
Observation IX.....	71
Observation X.....	73
Incision antiseptique. Curettage. Cautérisation au chlorure	
de zinc à 1/10. Suture et Drainage. Pansement iodoformé.	73
Observation XI.....	74
Observation XII.....	75
Observation XIII.....	76
Incision antiseptique double. Curettage. Lavages phéniqués.	
Cautérisation avec le chlorure de zinc à 1/10. Suture.	
Deux drains. Poudre d'iodoforme. Pansement de Lister.	
Récidive. Cautérisations diverses. Thermocautérisation.	
Guérison.....	79
c) Incision et section du ligament annulaire.....	80
d) Injections modificatrices. Méthode de Lannelongue.....	81
II. — <i>Excision</i>	85
a) <i>Excision partielle</i>	85
Observation XIV.....	86
Observation XV.....	87
b) <i>Extirpation totale</i>	87
Observation XVI.....	89
Observation XVII.....	91
Observation XVIII.....	92
Manuel opératoire de l'Incision antiseptique et de l'Extirpa-	
tion totale.....	97
Traitement général et prophylaxie.....	99
Conclusions.....	101

